



# **Universidade Católica Portuguesa**

## **Centro Regional de Braga**

### **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Relatório de Estágio apresentado à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia**  
**Clínica e da Saúde**

**Mónica Cristina Fernandes Lage**



FACULDADE DE FILOSOFIA  
DEZEMBRO 2012



## **Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga**

### **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Local do Estágio: Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

Relatório de Estágio apresentado à  
Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**

**Mónica Cristina Fernandes Lage**

Sob a Orientação do Prof. Doutor Rui Devesa Ramos  
Co-Orientação da Dra. Sofia Miranda



FACULDADE DE FILOSOFIA  
DEZEMBRO 2012

# Agradecimentos

*“Aquele que triunfa não deve jamais esquecer alguém que o tenha ajudado...”(Desconhecido), por isso, dedico este trabalho a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para o meu percurso de desenvolvimento pessoal e profissional ao longo do estágio.*

*Antes de mais agradeço a Deus as pessoas que colocou no meu caminho e aquelas que permitiu continuarem ao meu lado nesta jornada.*

*Agradeço à minha família pelo apoio e motivação, em especial aos meus pais, pela oportunidade que me deram para tirar um curso que realmente gosto e pelo investimento feito neste.*

*Ao Luís Filipe que foi uma das pessoas que Deus colocou no meu caminho e que se revelou uma das pessoas mais importantes da minha vida. A ele agradeço o apoio e amor incondicional, a força e a motivação para continuar com este projeto.*

*Em especial aos utentes na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos com quem aprendi muito através das suas histórias de vida, agradeço também o facto de me permitirem desenvolver algumas competências profissionais.*

*Agradeço à Dra. Sofia Miranda, à instituição da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos e aos colaboradores desta instituição pelo apoio, cooperação, disponibilidade e valorização do trabalho realizados por nós (estagiárias).*

*Às minhas colegas de estágio (Sílvia e Mariana) agradeço os momentos em que nos apoiamos mutuamente nas angústias e nos sucessos das intervenções. Também pela partilha de conhecimentos e de materiais, bem como, pela cooperação e colaboração nas intervenções em grupo.*

*Às minhas colegas de curso, agradeço em especial à Joana e à Sónia, que sempre estiveram comigo ao longo destes anos de licenciatura e mestrado e com quem partilhei muitas alegrias e angústias, ideias, conhecimentos, ideais de terapia, momentos de dedicação aos outros (voluntariado)... etc.*

*Finalmente, e não menos importante, ao Dr. Rui Ramos, agradeço a orientação, o apoio e os conhecimentos partilhados.*

*A todos Agradeço o apoio que me foram dando direta ou indiretamente. Obrigada!*

# Resumo

O presente relatório de estágio, foi elaborado no âmbito do estágio curricular em Psicologia Clínica e da Saúde realizado na Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. O seu objetivo principal consiste na descrição das atividades efetuadas ao longo do estágio curricular, que foi realizado entre Novembro de 2011 a Setembro de 2012. As atividades foram dirigidas à valência idosa desta instituição.

O relatório é constituído por sete capítulos. No primeiro capítulo será descrita a caracterização da instituição, bem como, o papel do psicólogo neste contexto. No segundo capítulo, serão apresentadas as atividades iniciais, nomeadamente a observação de casos clínicos, bem como, a avaliação das necessidades da instituição. No terceiro capítulo, serão descritas as atividades de intervenção, que incluirão os casos de avaliação e intervenção psicológica, bem como, a descrição detalhada de um caso clínico. No quarto capítulo será apresentada a intervenção em grupo. No quinto capítulo será descrita a ação de sensibilização realizada aos funcionários da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. No sexto capítulo são apresentadas outras atividades que foram feitas durante o estágio. E por fim, no sétimo capítulo será realizada uma conclusão, onde será apresentada uma reflexão pessoal acerca do estágio curricular realizado.

**Palavras-chave:** Estágio Curricular, Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

# Abstract

This stage report is inserted in the ambit of the curricular stage in Clinical Psychology and Health realized at the Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. Its main objective is the description of the activities made during the curricular stage, realized between November 2011 and September 2012. The activities were directed to the old aged valence of this institution.

The report is constituted of seven chapters. In the first chapter will be described the characterization of the institution, as well, as the function of the psychologist in this context. In the second chapter will be presented the initial activities, namely the observation of clinical cases as well as the evaluation of the needs of the institution. In the third chapter will be described the intervention activities, which include cases of evaluation and intervention psychological, as well, as a detailed description of a clinical case. In the fourth chapter will be presented the intervention in group. In the five chapter will be described the action sensibility realized with the employees of the Santa Casa da Misericórdia de Barcelos. In the six chapter will be presented others activities that were made during the stage. And finally, in the seven chapter will be realized a conclusion, where will be presented a personal reflection about the curricular stage accomplished.

**Keywords:** Internship, Masters in Clinical Psychology and Health

## **Acrónimos:**

**SCMS** – Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

**LNSM** – Lar Nossa Senhora da Misericórdia

**LRDL** – Lar Rainha D. Leonor

**LSA** – Lar Santo André

**SAD** - Serviços de Apoio Domiciliário

**CMFR** – Centro de Medicina Física e Reabilitação

**MMSE** – *Mini Mental States Examination*

**EDG** – *Escala de Depressão Geriátrica*

**ESSS** – *Escala de Satisfação com o Suporte Social*

**SF-36** – *Questionário do Estado de Saúde*

**ADAS** – *Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer*

**BSI** – *Inventário de Sintomas*

**THS** – Treino de Habilidades Sociais

**TOR** – Terapia da Orientação para a Realidade

# Índice

Agradecimentos .....	3
Resumo .....	4
Abstract .....	5
Acrónimos .....	6
Índice .....	7
Índice de Quadros .....	9

## **Caraterização da Instituição**

1.Caracterização da instituição .....	11
1.1. População alvo .....	13
1.2. Metodologia de observação dos pontos anteriores .....	13
1.3. Papel do profissional de psicologia na instituição .....	13
1.4. Tipologia das ações desenvolvidas .....	15

## **Atividades desenvolvidas no contexto de Estágio**

2. Observação .....	17
2.1. População alvo da Observação .....	17
2.2. Observação de Casos Clínicos .....	18
2.3. Levantamento de necessidades e prioridades do contexto institucional .....	23
2.4. Metodologia de observação dos pontos anteriores .....	24

## **Intervenção Individual**

3. Intervenção Individual.....	26
3.1. Caracterização da Intervenção Individual.....	26
3.2. Avaliação Psicométrica utilizada .....	26
3.3. Atividades de Acompanhamento e Intervenção Psicológica .....	28
3.3.1. Processo 1 (Caso Clínico) .....	28
3.3.2. Processo 2 .....	46
3.3.3. Processo 3 .....	46
3.3.4. Processo 4 .....	46
3.3.5. Processo 5 .....	46

## **Intervenção em Grupo “Ora faço eu, Ora faz tu”**

3.4. Intervenção em Grupo: “Ora faço eu, Ora faz tu”	48
3.4.1. Fundamentação teórica da intervenção em Grupo	48
3.4.2. Apresentação sucinta das sessões	50
3.4.3. Reflexão e Limitações da Intervenção em Grupo	53

## **Ação de Sensibilização: “É Impossível Não Comunicar”**

3.5. Ação de Sensibilização: “É impossível não Comunicar”	55
3.5.1. Fundamentação teórica da Ação de Sensibilização	55
3.5.2. Planeamento da Ação de Sensibilização	56
3.5.3. Limitação da Ação de Sensibilização	58
3.5.4. Reflexão sobre a participação na Ação de Sensibilização	58

## **Outras Atividades**

3.6. Outras Atividades	60
------------------------	----

## **Reflexão**

4. Reflexão Integrativa	63
-------------------------	----

## **Bibliografia**

Referências Bibliográficas	66
----------------------------	----

## **Anexos**

Anexo I – Organigrama	71
Anexo II – Processo 2	74
Anexo III – Processo 3	82
Anexo IV – Processo 4	90
Anexo V – Processo 5	97
Anexo VI – Atividades de Intervenção em Grupo	104
Anexo VII - Ação de Sensibilização: “É impossível não comunicar”	110
Anexo VIII – Folha de avaliação da Satisfação da Ação de Sensibilização	117
Anexo IX – Certificado da Ação de Sensibilização	120
Anexo X – Folheto do Alzheimer	122
Anexo XI – Questionário do Projeto Elos e Identificação	125
Anexo XII – Atividade “O cantinho da Misericórdia”	130



# Índice de Quadros

<b>Quadro 1</b> (Casos de Observação Clínica) -----	18
<b>Quadro 2</b> (Caraterização População da Intervenção em Grupo) -----	51
<b>Quadro 3</b> (Caracterização das Sessões da Intervenção em grupo) -----	51
<b>Quadro 4</b> (Cronograma da Intervenção em Grupo) -----	51
<b>Quadro 5</b> (Sessões do grupo “Ora faço eu, Ora faz tu”) -----	52
<b>Quadro 6</b> (Caraterização das Ações de Sensibilização) -----	56

## **- Caracterização da Instituição -**

## 1. Caracterização da Instituição

A Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMS) é uma instituição de excelência na implementação de práticas de solidariedade e qualidade, que tem em vista a promoção do desenvolvimento de respostas sociais aos grupos mais vulneráveis, particularmente à Terceira Idade, Infância, Saúde e Religião, contribuindo assim para o desenvolvimento da comunidade.

Tendo nascido a primeira Misericórdia em Lisboa, no ano de 1498, sob a direção de D. Leonor (Viúva de D. João II e Irmã de D. Manuel), esta instituição foi-se expandindo a algumas vilas e cidades, existindo atualmente Misericórdias em praticamente todos os concelhos Portugueses.

Relativamente à Misericórdia de Barcelos, foi acordado 1500 como o ano da sua fundação. No entanto foi só em 1836, que o regime liberal, cedeu à Misericórdia de Barcelos, o edifício do extinto Convento dos Capuchos no campo da feira, onde se situam atualmente dois dos sectores (Lar da Misericórdia e Lar Rainha D. Leonor) bem como os serviços centrais da instituição.

Presentemente esta instituição dá resposta social a duas valências, nomeadamente à valência idosa e à valência infantil, bem como ao nível da saúde. Especificamente a valência idosa é composta por cinco lares, dois centros de dia e duas unidades de visita domiciliária, que irão ser descritos seguidamente. Também no sentido de promover a qualidade existem serviços de psicologia clínica, psicologia gerontológica, enfermagem, nutrição, animação, cabeleireiro e estética.

Fazendo uma breve apresentação dos lares, o **Lar Rainha D. Leonor** foi inaugurado em 1985 ocupando 4 pisos de um edifício no centro da cidade de Barcelos e de momento tem capacidade para 60 utentes (em 4 quartos individuais e 28 duplos); o **Lar da Misericórdia**, surgido em 1989 como “asylo de inválidos”, junto ao Campo da República, e após a realização de obras em 1992, foi adaptado para utentes de média e elevada dependência, tendo agora capacidade para 38 utentes (em 2 quartos duplos, 10 triplos e 1 quadruplo); o **Lar Nossa Senhora da Misericórdia** (LNSM) começou a funcionar em 1990, num local que antigamente pertencia a Quinta da Ordem, e já na altura era a estrutura mais moderna para acolher idosos, estruturalmente em forma de meia-lua com um corredor a todo o comprimento do edifício (no 1º andar) e vários serviços de apoio (no rés-do-chão), recebendo assim, 70 utentes (em 4 quartos individuais, 15 duplos e 12 triplos); já o **Lar Santo André**, resultando de um programa

PILAR, foi inaugurado em 2002 tendo espaços interiores cheios de luz e cor e espaços exteriores ajardinados, acolhendo assim 52 utentes (em 4 quartos individuais e 24 quartos duplos); por fim, o **Centro Social Comendadora D. Maria Eva Nunes Corrêa (Silveiros)**, localizado num meio rural entre Barcelos e Famalicão, abre portas à comunidade em 2003, para apoio não só a idosos mas também a crianças, acolhendo de momento 16 idosos (com 7 quartos duplos e 7 quartos individuais).

Ainda, pertencentes à valência idosa, temos o Centro de Dia e os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) para idosos não residentes nos lares. O **Centro de Dia** localizado no lar Nossa Senhora da Misericórdia que iniciou a sua atividade em 1996, acolhendo assim 25 idosos. Os serviços disponíveis e prestados neste local, incluem todas as refeições desde o pequeno-almoço até ao jantar, assim como a higiene pessoal, o tratamento de roupas, animação e atividades desportivas devidamente acompanhadas por técnicos da área. Já o **Serviço de Apoio ao Domicílio**, também ele com sede no LNSM, iniciou em 1985 com o objetivo de apoiar população de Barcelos,

Relativamente à Valência infantil é constituída pelas seguintes instituições: Infantário Rainha Santa Isabel, ATL – Atividades Tempos Livres, Centro Infantil de Barcelos, Creche As Formiguinhas, Centro Social de Silveiros e a Creche Familiar.

Para além destas duas valências, atualmente a SCMS dá também respostas ao nível da saúde, mais especificamente no Centro de Hemodiálise e na **Clínica de Medicina Física e Reabilitação da Misericórdia de Barcelos** onde se encontra o consultório de psicologia clínica. Este centro localizado numa zona urbana encontra-se em funcionamento desde 2008 e sendo uma das mais modernas e bem equipadas unidades de todo o país tem capacidade para cerca de 800 utentes. Possui também vários técnicos de fisioterapia e uma médica fisiatra, sendo utilizados muitas vezes serviços de Eletroterapia, Fototerapia, Termo terapia, Magnetoterapia, Hidroterapia, Massoterapia, Cinesiterapia, Ventilo-terapia, Mecanoterapia e Treino terapêuticos (Pedras, 2006).

Também para caracterizar a instituição segue, em anexo, um **Organigrama (Anexo 1)** que dá conta dos recursos humanos.

## **1.1 População Alvo**

A população acolhida nas residências da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos são idosos Barcelenses e das populações vizinhas que vão para lá por vontade própria, por não terem suporte familiar ou mesmo pelo facto dos cuidadores não terem condições de vida que lhes permitam poder ter um idoso a seu encargo.

## **1.2 Metodologia de observação dos pontos anteriores**

Para a caracterização da instituição, SCMS, recorreu-se à observação, ao portal eletrónico da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos e à literatura referente à SCMS.

## **1.3 Papel do profissional de Psicologia na Instituição**

Segundo o decreto-lei nº 241/94 de 22 de Setembro “O psicólogo clínico é o profissional habilitado com o grau de especialista que desenvolve funções científicas e técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e tratamento no campo da saúde”.

A psicologia clínica e da saúde visa simultaneamente a prevenção, promoção e manutenção da saúde física e mental do sujeito, bem como, a avaliação e tratamento das diferentes perturbações mentais e físicas que o indivíduo que pede ajuda pode apresentar, fazendo-o através da aplicação de métodos e conhecimentos práticos de Psicologia (Leal & Ribeiro, 1996).

Deste modo, o psicólogo tem um papel importante no desenvolvimento de estratégias ligadas à promoção de saúde e prevenção e na exploração de relações complexas entre os fatores biológicos e psicológicos (Young & Vitaliano, 2007).

A prática clínica pode variar consoante as conceções teóricas do psicólogo, as populações onde este atua, a grelha de leitura da realidade, e ainda, consoante os locais de trabalho (Brito, 2003).

Na área da gerontologia, o psicólogo pode atuar num variado leque de funções, sendo algumas delas: a avaliação psicológica; o planeamento e execução de intervenção psicológica; a orientação e aconselhamento; a informação e mudança de atitudes em relação ao envelhecimento; as psicoterapias (individuais ou com grupo de idosos), voltadas para as dificuldades de ordem emocional e psicossocial; os tratamentos de défices e distúrbios cognitivos e psicomotores, ou reabilitação cognitiva com idosos; a orientação, aconselhamento e psicoterapia (individual ou em grupo) para familiares de idosos dependentes e fragilizados; as intervenções (individuais ou em grupo) em

situações de crise; o suporte prestado a instituições e organizações públicas e privadas que apoiam e cuidam de idosos e as suas famílias; a assistência, planeamento e execução de programas de promoção em saúde na comunidade ou de programas de promoção social para idosos; a assistência e planeamento de medidas ecológicas e de programas de mudança de atitudes, visando o bem-estar dos idosos nas cidades, nas instituições e organizações; o apoio psicológico a profissionais que cuidam de idosos; e ainda, a participação em equipas multiprofissionais (Carstensen, Edelstein & Dornbrand, 1996, cit in Neri, 2004).

No contexto do idoso institucionalizado, como referido anteriormente, o aspeto da integração do psicólogo em equipas multidisciplinares é fundamental (Rebelo, 2007) no sentido de vários profissionais com competências complementares se unirem por um objetivo comum de contribuir para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida do idoso, em que o psicólogo intervém essencialmente com técnicas individuais, de grupo, conjugais e familiares, usando frequentemente, a terapia das reminiscências, o trabalho com o luto, a psicoterapia focada nas funções de desenvolvimento e adaptação às mudanças de vida, as terapias expressivas, as competências cognitivas e programas psico-educativos para as pessoas que lidam diretamente com o idoso (APA, 2004, cit in Rebelo, 2007).

A consulta psicológica constitui, para o profissional, a oportunidade de estar em contacto direto com o paciente e com a realidade do que é ser psicólogo – *“é lidar com inúmeras resistências ao processo, sentimentos ambivalentes e situações desconhecidas”* (Raymundo, 2000, p. 38).

Deste modo, como defende Lima (2004), os técnicos que trabalham com idosos devem ter formação e preparação para estar à vontade a trabalhar com idosos, estando à vontade com o envelhecimento dentro da sua própria família e não estando tenso ao falar sobre doenças crónicas, dificuldades e morte com pessoas que estão a vivenciar estas situações; afastar a mistificação e estereotipização; atualizar os conhecimentos demonstrados na literatura relativos ao envelhecimento normal, conhecendo também as teorias do envelhecimento que dão ênfase aos novos conceitos de desenvolvimento ao longo da vida; desenvolver intervenções específicas para idosos; aprender a trabalhar em múltiplos contextos, relacionando-se com pessoas de outras formações disciplinares; Saber lidar com a desmoralização e desgaste que podem ocorrer no trabalho com idosos; e ainda, considerar que as pessoas mais velhas têm direito à privacidade e à participação nas decisões, sendo que isto é essencial ao desenvolvimento pessoal destes.

Revertendo à instituição em questão (local de estágio), esta beneficia de três psicólogas, distribuídas pela valência idosa e pela valência infantil, sendo que duas são psicólogas educacionais e encontram-se em funções de projetos sociais e de gestão psico-funcional, executando quando necessário também intervenção psicológica individual, e na área mais ligada à saúde temos a psicóloga clínica, onde nos integramos em estágio.

O papel do Psicólogo Clínico nesta instituição passa por fazer intervenção psicológica a nível individual nas duas valências (idosa e infantil, bem como, também aos prestadores de cuidados das crianças), desenvolvendo técnicas de avaliação, psicodiagnóstico e intervenção nos demais indivíduos. Inicialmente, a psicóloga clínica dava somente resposta à valência infantil e idosa, no entanto, por verificar que muitas vezes os próprios prestadores de cuidados, nomeadamente, os pais das crianças seguidas em consulta, precisam de acompanhamento, passou a integrar esta vertente.

Quanto à valência idosa, normalmente, as consultas são realizadas nos próprios lares tendo em conta as necessidades dos idosos, embora alguns destes com maior autonomia e condições para se dirigirem ao Centro de Medicina Física e Reabilitação, são acompanhados neste sector, como as crianças e os prestadores de cuidados destas.

Enquanto o encaminhamento das crianças e dos seus pais é feito pelas psicólogas educacionais, em relação aos idosos são encaminhados pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) dos respetivos lares ou mesmo pelas diretoras técnicas destes locais.

## **1.4 Tipologia das ações desenvolvidas**

A atividade profissional da psicóloga vai desde as consultas individuais às atividades em grupo, tanto em salas que normalmente são utilizadas para reuniões como em salas pequenas de visitas nos lares, ou ainda, num consultório no Centro de Medicina Física e Reabilitação. Cabe à profissional de psicologia fazer consultas de avaliação, intervenção, e ainda, promoção de saúde e formação de outros profissionais.

## **- Atividades desenvolvidas no Contexto de Estágio -**



## **2. Observação**

A observação, pelo menos nas situações em que é possível, é algo bastante valorizada pela ciência de hoje. Nomeadamente, no âmbito da análise do comportamento, esta é uma ferramenta de indiscutível vantagem para o processo terapêutico, uma vez que, facilita a previsão e controlo de comportamentos (Dittrich, Strapasson, Silveira & Abreu, 2009).

Como refere Pedinilli (1999), a observação é uma técnica pela qual se pode recolher informação dos comportamentos do utente, tendo em conta a sua história de vida e o contexto em que se insere.

Assim, em relação ao contexto terapêutico, esta técnica foi fundamental para verificar as exigências do contexto terapêutico, a dinâmica relacional entre profissional e utente e as possíveis formas de atuar neste tipo de população, ajudando assim a encontrar um estilo pessoal para a atuação nas consultas de intervenção e aumentando o sentido de responsabilidade.

### **2.1 População Alvo da Observação**

Durante a observação em Estágio foi possível assistir a consultas de acompanhamento psicológico a idosos, quer no Centro de Medicina Física e Reabilitação, quer nos restantes lares.

A observação dirigiu-se essencialmente aos idosos da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos e à psicóloga da instituição, tendo por principais objetivos a recolha de informação relativa aos utentes, a interação entre a profissional de psicologia e o utente, conhecer e perceber a dinâmica da consulta, as competências e estratégias utilizadas e a relação terapêutica estabelecida.

Neste processo, foi possível observar diferentes casos clínicos, onde encontramos encaminhamentos por diversas causas, nomeadamente:

- Adaptativas: Luto, Adaptação ao funcionamento ou contexto do lar.
- Neurológicas: Demências, especificamente, a Tipo Alzheimer, de Corpus de Lewy, Parkinson e Doenças do Movimento como a Esclerose Múltipla.
- Mentais: Psicose, Deficiência Mental, Depressão.
- Físicas: Saúde e Nutrição.

## 2.2 Observação de Casos Clínicos

Foram observados 17 casos clínicos durante esta fase do estágio, no entanto, seguidamente será apresentado apenas um caso de observação de cada problemática.

	<b><i>Tipo de pedido</i></b>	A Sra. L. é uma utente de 87 anos de idade, que está a ser acompanhada nos serviços de psicologia, uma vez por semana, para estimulação cognitiva, pois, vem referenciada com o diagnóstico de Demência de Corpos de Lewy.
<b>Sra. L.</b>	<b><i>Observação</i></b>	<p>A utente apresenta flutuações quer ao nível de comportamentos quer ao nível da cognição. Nas semanas em que mostra maior confusão mental, apresenta também dificuldades na fala, perdas de memória e falhas no seu cuidado pessoal. Ao nível dos movimentos a Sra. L. apresenta tremuras, movimentos irregulares das pernas e dos braços e alguma rigidez nas mãos quando se lhe pede para escrever.</p> <p>Na realização dos exercícios de estimulação cognitiva, apercebendo-se, muitas vezes, das suas dificuldades brinca com a situação.</p>
	<b><i>Tipo de pedido</i></b>	A Sra. A. é uma utente de 79 anos de idade que foi encaminhada para os serviços de psicologia por suspeita possível luto patológico e ideação suicida.
<b>Sra. A</b>	<b><i>Observação</i></b>	<p>O seu marido faleceu há cerca de 2 anos e a forma como este faleceu ainda é algo em que a Sra. A. não gosta de pensar e falar, dizendo que fica muito aborrecida ao fazê-lo.</p> <p>A Sra. A. vem à consulta semanalmente, apresentando sempre vestuário de cor preta e postura um pouco decaída ou depressiva, no entanto, a sua aparência é sempre bem cuidada ao nível da sua higiene pessoal.</p> <p>Esta manifesta, muitas vezes, pensamentos negativos e algumas queixas relativas à sua saúde. Deste modo, a intervenção passa pela reestruturação cognitiva, a terapia</p>

		das reminiscências e também estão a ser trabalhadas questões de suporte familiar (nomeadamente com a sua filha).
<b>Sra. L. P.</b>	<b><i>Tipo de pedido</i></b>	A Sra. L. P. com 76 Anos de idade foi encaminhada às consultas desta especialidade, pelo enfermeiro e pela nutricionista, para trabalhar comportamentos relacionados com a alimentação e motivação para perda de peso, uma vez que, tem alguns problemas de saúde que necessitam da sua diminuição de peso, nomeadamente, ao nível das articulações. Acresce a estes, a hipertensão, a diabetes, e o uso de pacemaker no coração.
	<b><i>Observação</i></b>	Esta tem algumas crenças relacionadas com a alimentação e alguns hábitos que dificultam a sua redução do seu peso, relativamente, ao consumo do pão e do vinho às refeições. Quanto ao hábito de beber água também foi um esforço gradual que teve de se acordar com a Sra. L. P. Apesar das primeiras consultas serem feitas apenas pelo serviço de psicologia, as consultas seguintes passaram também por verificar o peso conjuntamente com a nutricionista. Este trabalho interdisciplinar, visou motivar e explicar a importância da mudança de hábitos para perda de peso e a consequente melhoria da sua saúde.
<b>Sra. M. R.</b>	<b><i>Tipo de pedido</i></b>	A Sra. M. R., com 76 anos de idade, já falecida, estava a ser acompanhada pelos serviços de psicologia para trabalhar questões relacionadas com a adaptação ao funcionamento do lar e para gestão de conflitos com as auxiliares.

	<b>Observação</b>	<p>Esta entrou no lar à cerca de 6 anos, depois de ter tido uma “trombose” que a deixou com bastantes mazelas quer ao nível dos movimentos quer ao nível da linguagem.</p> <p>Na altura em que saiu do hospital veio diretamente para o lar, sem roupa nem quaisquer bens. Esta referia que se sentiu abandonada e incompreendida. Antes deste acontecimento a Sra. M. R. era uma pessoa bastante ativa e de repente, como refere, sentiu-se abandonada num lar, numa cadeira de rodas, dependente de todos para fazer alguma coisa e ainda sem a compreensão das auxiliares, essencialmente da forma como haviam de cuidar dela. Deste modo, em consulta eram trabalhadas as questões de comunicação assertiva e gestão de conflito.</p>
<b>Sra. G.</b>	<b>Tipo de pedido</b>	<p>A Sra. G e o Sr. H eram um casal de idosos que tinha entrado no lar à relativamente pouco tempo e que estavam com alguma dificuldade de adaptação ao lar. Estes foram encaminhados pelo enfermeiro, por verificar que o Sr. H. apresentava um comportamento um pouco depressivo e, ao mesmo tempo, agressivo, principalmente para com a sua esposa.</p>
<b>e Sr. H.</b>	<b>Observação</b>	<p>A primeira abordagem ao casal foi feita na sala de estar para que pudessem vir a consulta psicológica. O Sr. H mostrou-se irritado com a presença da psicóloga e das estagiárias mostrando alguma rejeição. Este chorava dizendo que o lar era um lugar frio e culpava a sua mulher por estarem lá.</p> <p>Após a primeira abordagem apenas a Sra. G. se mostrou disponível para ser acompanhada pelos serviços de psicologia, embora contra vontade do Sr. H.</p> <p>Entretanto, o Sr. H. adoeceu, nas semanas seguintes e em poucos dias faleceu devido a uma pneumonia. Após o falecimento do seu marido, a Sra. G., que parecia estar a reagir bem ao luto, rapidamente começou a apresentar</p>

		uma certa confusão mental e comportamentos ditos pelos enfermeiros como “estranhos”! Deste modo, a Sra. G. foi encaminhada para a colega estagiária de psicologia, para avaliação do seu estado mental.
<b>Sra. C.</b>	<b><i>Tipo de pedido</i></b>	A Sra. C. é uma utente com alguma deficiência mental que se encontra há vários anos no lar. Está a ser acompanhada pelos serviços de psicologia por ter, de vez em quando, conflitos com outra utente do lar, tendo também um baixo nível de competências sociais.
	<b><i>Observação</i></b>	Em consulta, apresenta comportamentos desadequados como cuspir (ao exemplificar uma situação em que o fez), além de não conseguir manter a atenção ao que lhe está a ser perguntado, não ouvindo o que lhe é dito até ao fim. Deste modo, são trabalhados comportamentos desadequados através de reforço e promovidas competências sociais. Posteriormente, a utente passou a fazer parte da intervenção em grupo que visava promover competências sociais.
<b>Sra. I.</b>	<b><i>Tipo de pedido</i></b>	A Sra. I. de 68 anos de idade está a ser acompanhada pelos serviços de psicologia há cerca de 2 anos. Esta foi encaminhada pelos serviços de enfermagem, provavelmente por uma perturbação Neurológica, especificamente uma Demência do tipo Alzheimer.
	<b><i>Observação</i></b>	Após uma avaliação inicial, em que a Sra. I. parece ter apresentado um quadro demencial leve, passou-se a fazer um treino de estimulação cognitiva semanal, no sentido de poder prevenir ou adiar uma deterioração mais progressiva. Muitas vezes, a Sra. I., em consulta, apresenta sintomatologia ansiosa devido à sua perceção das dificuldades na realização dos exercícios de estimulação cognitiva. Deste modo, para além do treino cognitivo está a ser feito um acompanhamento psicoterapêutico para

		trabalhar a ansiedade.
<b>Sra. P.</b>	<b><i>Tipo de pedido</i></b>	A Sra. P. é uma utente de 68 anos de idade e foi encaminhada para os serviços de psicologia por apresentar uma Perturbação Neurológica do Movimento do tipo Esclerose Múltipla com episódios de ansiedade.
	<b><i>Observação</i></b>	<p>Esta apresenta delírios persecutórios, alucinações, impotência sexual, choro, depressão, dificuldades intestinais, défice cognitivo grau II, défice executivo, défice nas praxias construtivas, défice no pensamento abstrato, desorganização visuo-espacial, e ainda, atividade paranóide, estando a ser seguida em tratamento psiquiátrico.</p> <p>A Sra. P. de momento está a fazer fisioterapia na clínica de reabilitação da SCMS. Ao nível da intervenção, é realizado um treino de reabilitação cognitiva, uma vez por semana, com a estagiária de Neuropsicologia.</p>
<b>Sra. M. A.</b>	<b><i>Tipo de pedido</i></b>	A Sra. M. A. de 84 anos de idade é utente do lar há cerca de 7 anos. Foi encaminhada para os serviços de psicologia por apresentar alguns sintomas depressivos.
	<b><i>Observação</i></b>	<p>A Sra. M. A. apresenta sintomatologia depressiva, com crenças disfuncionais, em que acreditava que chegou ao fim da sua vida e só estaria à espera que Deus a chamasse. Sente-se desmotivada para fazer as atividades quotidianas, dizendo que não tem paciência para nada e mostrando também cada vez mais dependência em andar em cadeira de rodas.</p> <p>Uma vez que, se mostrava cada vez mais dependente da cadeira de rodas e com dores nos joelhos foi proposto que fizesse fisioterapia, mas esta não queria fazer. A intervenção com a Sra. M. A. passou por motiva-la para ir à fisioterapia e reestruturação cognitiva.</p>

**Quadro 1: Casos de Observação Clínica**

## 2.3 Levantamento de necessidades e prioridades do contexto institucional

O serviço de psicologia clínica da SCMS, dá resposta tanto à valência idosa como à valência infantil quando há necessidade de um acompanhamento na área clínica. Também, por se ter verificado essa necessidade, atualmente os prestadores de cuidados destas crianças poderão ser acompanhados neste mesmo serviço.

O encaminhamento infantil, bem como, dos prestadores de cuidados das crianças é feito pela psicóloga educacional, responsável pela valência infantil; já o encaminhamento da população idosa é feito pelos médicos e enfermeiros dos respetivos lares.

Uma vez que, há apenas uma psicóloga clínica para o número de situações e casos individuais, as necessidades observadas e encontradas junto da profissional, foram as seguintes:

- **Reuniões interdisciplinares** formalizadas para discussão de casos, uma vez que, estas são realmente importantes para alcançar maiores resultados na intervenção da população alvo, e as reuniões existentes acabam por ser reuniões um pouco mais informais;
- **Terapia de grupo com os idosos**, uma vez que, só há uma psicóloga clínica, esta acaba por não ter disponibilidade para realizar este tipo de atividades. Assim, uma das terapias de grupo que a psicóloga mostrou ter mais urgência, nos seus casos, foi um treino de competências sociais e de comunicação entre idosos;
- **Formação e Psico-educação dos profissionais dos Lares**, principalmente os cuidadores formais (auxiliares) que estão mais diretamente ligadas à prestação de cuidados dos utentes e que, em alguns casos, podem ajudar os profissionais de saúde a perceber e intervir melhor na situação em que o idoso se encontra. Deste modo, a ação de sensibilização é relativa à comunicação interpessoal entre os mesmos.
- **Acompanhamento individualizado a um maior número de casos**, uma vez que, existe apenas uma psicóloga clínica a fazer acompanhamento individual aos idosos dos 3 lares, da clínica de medicina Física e Reabilitação, e ainda, das crianças encaminhadas pela psicóloga educacional.
- **Desenvolvimento de estratégias e novas técnicas de intervenção** que possam proporcionar maior bem-estar e melhor qualidade de vida nos idosos.

- **Materiais de avaliação de psicologia clínica** como: teste de avaliação e questionários validados para a população Portuguesa.

Estas duas últimas necessidades devem-se ao facto do serviço de psicologia clínica ser relativamente recente.

## **2.4 Metodologia de observação dos pontos anteriores**

As necessidades desta instituição foram recolhidas principalmente através de conversas formais e informais com os profissionais (técnicos e colaboradores), bem como, através da observação das atividades dos idosos e da dinâmica da instituição.

Como defende Pedinilli (1999), citado anteriormente, a Observação pode ser uma técnica essencial na recolha de informação, quer do utente, quer do contexto onde ele se insere.

Neste sentido, em contexto de estágio, a observação foi essencial para detetar necessidades e exigências da instituição, ajudando também à nossa adaptação enquanto estagiárias.



## **- Intervenção Individual -**

### **3. Intervenção individual**

As intervenções com pessoas idosas vão desde promover a mudança das organizações frequentadas por estas, até às intervenções terapêuticas individuais ou com grupos de idosos. Estas têm vários objetivos dependendo do tipo de intervenção, sendo que, muitas intervenções direcionam-se para as aptidões funcionais do utente, para a aceitação dos seus défices funcionais e para a melhora do seu funcionamento, tendo em conta as suas limitações. Assim, a utilização de terapias neste tipo de população é diversificada e podemos encontrar na literatura terapias conceituadas como a terapia cognitivo comportamental, a terapia psicodinâmica, a terapia familiar, entre outras (Lima, 2004).

No âmbito do estágio, a terapia essencialmente utilizada foi cognitivo-comportamental, tendo em conta os objetivos da intervenção com este tipo de população.

#### **3.1. Caracterização da Intervenção individual**

A intervenção psicológica, em contexto de estágio, passou pela avaliação e intervenção de 5 casos que foram encaminhados pelos médicos, enfermeiros e diretores técnicos da instituição.

Seguidamente serão apresentados os 5 casos que foram encaminhados por diversas problemáticas, sendo elas, sintomas depressivos, gestão de conflitos, quadro demencial e luto. Um destes casos será descrito mais pormenorizadamente, sendo o caso clínico.

#### **3.2. Avaliação Psicométrica Utilizada:**

De uma forma geral, na avaliação psicométrica recorreu-se aos seguintes instrumentos de avaliação:

**Mini-Mental States Examination – MMSE** (Folstein, Folstein & McHugh, 1975, adaptação portuguesa de Guerreiro & colaboradores, 1993)

O MMSE é um teste de rastreamento, sendo o instrumento mais utilizado para avaliar as funções cognitivas em idosos. Este avalia diferentes parâmetros cognitivos, tais como: orientação espacial e temporal, memória imediata, evocação, cálculo, linguagem e nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia do desenho. O ponto corte em pessoas com escolaridade é de 23 e em pessoas sem escolaridade é de 16.

**Escala de Depressão Geriátrica (EDG)** (Yesavage, 1983, adaptação portuguesa de Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003).

A EDG é a única escala criada especificamente para o rastreamento da depressão na população idosa. É composta por 15 itens que avaliam os comportamentos e sentimentos na última semana, sendo as suas respostas dadas de forma dicotômica (sim/não). Os seus resultados variam: de 0-10 = ausência de depressão; 11-20 = depressão ligeira; e 21-30 = depressão grave.

**Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)** (adaptado por Pais – Ribeiro, 1999).

A ESSS é constituída por 15 frases em forma de afirmações, em que o sujeito deve responder numa escala *Likert* o grau em que concorda ou discorda da afirmação (concordo totalmente, concordo, não concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente). Estas afirmações avaliam 4 fatores: Satisfação com os amigos, Intimidade, Satisfação com a Família e Atividades Sociais.

**Questionário do Estado de Saúde – SF 36** (Gangek & Ware, 1988, adaptado por Ferreira, 2000).

O SF-36 (Short Form-36) é um questionário de 36 afirmações que permite avaliar o estado geral de saúde do indivíduo. Este inclui 8 sub-dimensões que avaliam diferentes componentes da saúde, como: função física, desempenho físico, dor física, saúde em geral, desempenho emocional, função social e vitalidade, sendo que, estas sub-dimensões poderão ser agrupadas em duas: a dimensão física e a dimensão mental da saúde.

**Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS)** (Davis, Mohs & Rosen, 1983, adaptado por Guerreiro, Fonseca, Barreto & Garcia, 2003).

A ADAS é um teste desenvolvido com o objetivo de avaliar o grau das alterações cognitivas em demências ou caso se suspeite de doença de Alzheimer. É composto por 11 itens que avaliam a memória, linguagem, praxia e compreensão de comandos. A pontuação máxima é de 70 pontos e quanto maior for a pontuação, maior o comprometimento cognitivo do indivíduo.

**Inventário de Sintomas – BSI** (Derogatis, 1982, versão portuguesa aferida de Canavarro, 1995).

O BSI é um questionário de 53 itens formado a partir da redução dos 90 itens do Symptom Checklist-90 (SCL-90), contendo 9 escalas específicas de sintomatologia clínica: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo; e ainda, um índice global de stress.

### **3.3. Atividades de Acompanhamento e Intervenção Psicológica**

#### **3.3.1. Processo 1 (Caso clínico)**

##### **Identificação**

J. do sexo masculino, com 84 anos de idade é reformado e viúvo. É natural da ilha da Madeira e não tem quaisquer habilitações literárias. Encontra-se num dos lares da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos (SCMS) há cerca de 13 anos, após a morte da sua esposa, uma vez que, estava sozinho em casa.

##### **Encaminhamento / Tipo de pedido**

Tendo em conta o seu histórico de tentativa de suicídio e como o Sr. J. estava “um pouco em baixo”, demonstrava alguma tristeza e apresentava um certo isolamento com tendência autodepreciativa, os profissionais do lar estavam um pouco preocupados.

Deste modo, foi encaminhado para os serviços de psicologia, sendo pedida uma avaliação dos sintomas depressivos, e do risco de suicídio, passando para a consulta de acompanhamento psicológico.

##### **Problema e História do problema**

Há cerca de 1 ano, este tentou suicidar-se por envenenamento, diz: *“Não sei como me passou essa ideia pela cabeça, mas fui à drogaria e comprei um frasco de remédio dos escaravelhos... Andava com essa ideia e só descansei quando o tomei!”* (sic). Refere que na altura pensou que morria mas não morreu, por isso, diz que agora não o volta a fazer. *“Não quero fazer mais isso... quem mata é Deus...”* (sic).

Ao explorar as razões desta tentativa de suicídio, o Sr. J. inicialmente mostrou-se um pouco resistente em falar sobre o assunto. Mais tarde, numa abordagem às suas

relações familiares, este acaba por confessar que o fato de os seus filhos estarem ausentes e de não o visitar, por alguns ressentimentos do passado, foram fatores precipitantes desta tentativa de suicídio; *“Ninguém me vinha visitar. Pensei: O que é que eu estou a fazer aqui? Ninguém se importa comigo... Já não vale a pena viver...”* (sic).

Após a desintoxicação no hospital, este esteve internado na Casa S. João de Deus (Casa de saúde de Barcelos) cerca de um mês. Refere que nesta instituição os profissionais tratavam-no bem, mas que, às vezes, não cuidavam muito da sua higiene, pois, deixavam-lhe a barba por fazer durante muito tempo.

Após esse mês voltou para o lar e passou a receber mais visitas por parte da sua filha residente em Barcelos. Este mostra-se muito contente quando a sua filha o visita, e um pouco triste quando esta tem trabalho, não o podendo visitar em determinada semana. Mesmo quando a filha não o pode visitar, vem o marido desta (o genro), no entanto, como refere o Sr. J.: *“não é a mesma coisa!”* (sic). Fala com grande entusiasmo dizendo que gosta dos bolinhos que a filha trás.

Inicialmente, em consulta, este apresenta alguns sintomas depressivos e a sua principal queixa tem a ver com pensamentos negativos recorrentes que o perturbam, quer durante o dia, quer na altura de adormecer. Estes pensamentos têm a ver com ressentimentos do passado, do seu relacionamento com a figura paterna; com alguns sentimentos de culpa, dos relacionamentos extraconjugais que teve; com as dificuldades económicas, quer relacionado com os seus bens familiares, quer de ter passado fome; e ainda, com algumas atitudes que tomou na sua vida relacionados com a sua emigração.

Relativamente ao pai, o Sr. J., guardava alguns ressentimentos, quer do estilo parental adotado por ele, quer do facto de o pai gastar o dinheiro todo em bebida. Desta forma, o Sr. J. dizia que nunca o iria perdoar, referindo algumas vezes: *“O meu pai já está a pagar tudo o que fez...”* (sic).

Os sentimentos de culpa tinham a ver com as relações extraconjugais que teve na altura das emigrações, das quais nasceram duas filhas. Deste modo, o que o incomodava era o fato de ter traído a sua mulher, ter magoado os seus filhos e de nunca ter sabido nada das filhas que teve fora do seu casamento; *“Peço muitas vezes perdão a Deus por ter sido tão malandro...”* (sic). De notar que o Sr. J. é católico e acreditava que quando falecesse teria de *“prestar contas a Deus por estes pecados...”* (sic). *“Quando morrer vou para o Inferno para pagar tudo o que fiz de mal nesta vida.”* (sic).

A sua vida também foi marcada por grandes dificuldades económicas; “*Sempre tive uma vida desgraçada...*” (sic). Conta que quando era criança passou muita fome, chegou a ir pedir para comer, sendo que se lembra de pedir comida à sua avó para lhe “*matar a fome*” (sic). Assim, atribui a culpa aos seus pais, principalmente a figura paterna, por este ser um pouco negligente, gastando o dinheiro em bebida. Ainda, relativamente às dificuldades económicas diz que não precisava de ter tantas dificuldades a esse nível, pois, os pais não o incluíram nas partilhas dos bens familiares; “*O meu pai tinha muitas terras e poses... Nunca me ajudou...*” (sic). Ao invés disso ele empresou dinheiro aos pais e este nunca lhe foi devolvido.

Para além das situações anteriores, também lhe incomodavam algumas atitudes relativas ao seu trabalho nos países da África. Conta que na altura, por ordens dos seus patrões, “*tinha de comandar os pretos*” (sic) e que chegou a ser agressivo com eles.

Com todos estes pensamentos que o incomodam diz que, muitas vezes, tem pesadelos, acabando por acordar e não dormir mais durante a noite. Refere ainda que, muitas vezes, vai ao espelho da casa de banho ver se o seu rosto está corado ou pálido! Desta forma, a manutenção do seu sono também é afetada.

Queixa-se igualmente de algumas falhas na memória e quando questionado sobre a duração ou outra especificidade dos sintomas, bem como, de questões abordadas em consultas anteriores, este responde que não se lembra!

### **Estado mental/ Observação**

Em grande parte das consultas o Sr. J., apresenta aparência pouco cuidada, com a roupa suja de comida e “torta”. Apenas nos dias em que um auxiliar cuidava da sua higiene pessoal (o ajudava a tomar banho, lhe vestia e lhe fazia a barba), este comparecia à consulta com boa aparência a nível de higiene. Apesar disso, o vestuário era adequado à temperatura atmosférica. A idade aparente é igual à idade real.

A sua fala era um pouco arrastada e impercetível, custando a perceber algumas palavras que este pronunciava. Contudo, o seu discurso era organizado, colaborava bem na consulta e mantinha contato ocular. Apesar de inicialmente mostrar alguma resistência em deixar explorar certos temas, com o estabelecimento da relação terapêutica, o Sr. J. foi deixando explorar mais esses assuntos, chegando mesmo a falar posteriormente em questões mais pessoais da sua história, como as suas relações extra conjugais.

O seu comportamento sempre foi adequado e o humor variava entre humor depressivo e neutro. Inicialmente este apresenta uma postura um pouco arqueada, com os ombros um pouco caídos, evidenciando alguma tristeza. Ao longo das consultas, o Sr. J. foi falando, sorrindo e utilizando algum humor relativamente a alguns assuntos que foi percebendo não ser tão preocupantes (crenças disfuncionais).

O utente apresentou-se sempre orientado autopsiquicamente, no entanto, em termos alopáticos, relativamente ao tempo, apenas é capaz de identificar o dia da semana. Mesmo após a utilização de algumas estratégias para se lembrar das datas, este mostra dificuldade em lembrar-se do ano em que nos encontramos. Salienta-se ainda que, em relação à memória e concentração, o paciente apresentou muitas queixas e, no decorrer das consultas, foram de facto observadas dificuldades.

Finalmente, não foi observada presença de atividade delirante e ao nível percetivo, nem houve evidências de fenómenos alucinatórios.

### **História do Desenvolvimento Psicossocial**

Nascido na Ilha da Madeira, numa família alargada e com algumas dificuldades económico-sociais, o Sr. J. viveu lá até à sua vida adulta. A sua infância foi marcada pela obrigação de trabalhar, tomando um pouco o papel dos pais. Estes, por sua vez, tinham problemas com o consumo de álcool (principalmente o Pai), gastando todas as suas economias no consumo do mesmo.

O Sr. J. refere que nunca se lembra de ter visto o pai a trabalhar. Segundo este, apenas passava o tempo a beber e a dormir. A mãe não bebia tanto álcool e *“era um pouco mais carinhosa mas também não trabalhava, só mandava!”* (sic.). Ele e os seus 7 irmãos (4 mulheres e 3 homens) é que tinham de trabalhar na lavoura e tomar conta do gado; *“Eles só mandavam... não faziam nada... eu é que trabalhava e se não o fizesse eles batiam.”* (sic.). Deste modo, o Sr. J. nunca chegou a ter a oportunidade de estudar.

Aos 20 e poucos anos casa-se com M. e tem 9 filhos (4 rapazes e 5 raparigas) desse casamento. Descreve a sua relação com a sua mulher como sendo muito boa, dizendo que se davam bem; *“A minha mulher era uma Santa... Tomara muita gente ter uma mulher como aquela... Nunca me disse uma palavra fora do sítio”* (sic). Quanto à educação dos seus filhos, o Sr. J. refere que sempre foi a sua mulher que esteve mais encarregada dessas tarefas, uma vez que, este estava muitas vezes ausente.

A sua vida adulta, desde que emigrou para a África do Sul, foi marcada por migrações para Rodésia, o Brasil e a Venezuela no estrangeiro, e para algumas cidades

de Portugal continental. Na origem destas migrações estava a procura de trabalho para ter o seu dinheiro e ajudar a criar os filhos.

Na altura que emigra para a África do Sul acaba por ter relacionamento com duas mulheres e tem 2 filhas fora do seu casamento, das quais nunca mais teve notícias. A sua mulher e os seus filhos tiveram conhecimento destes casos de infidelidade através de um amigo que lhe escrevia as cartas para a sua mulher, pois, este não sabia ler nem escrever. No entanto, segundo o Sr. J., com a sua mulher esta questão foi ultrapassada da melhor forma. Já com os filhos houve alguns ressentimentos e alguns até ao momento ainda não lhe falam.

Já na sua idade adulta mais avançada, depois de decidir que não voltava a migrar, o Sr. J. comprou uma casa em Barcelos, uma vez que, tinha a sua esposa a morar com uma filha nesta cidade. Deste modo, após a compra da casa, morou com a sua esposa lá até esta falecer.

### **História Institucional**

Após a sua mulher falecer, há cerca de 15 anos, o Sr. J. ficou a morar sozinho na sua casa. Como não tinha quem cuidasse dele acabou por vir morar para o lar, por incentivo de alguém da SCM Barcelos que o conhecia.

Diz que a adaptação ao lar foi boa, no entanto, diz ter ficado um pouco revoltado por ter ficado sem a casa e sem a reforma em sua posse!

Ao nível da relação com os profissionais desta casa, o Sr. J. refere que se dá bem com toda a gente, que são todos seus amigos e cuidam bem de si.

Em relação ao grupo de pares, diz que não tem ninguém assim tão próximo, mas que se falarem para ele, que também lhes responde. Descreve-se como uma pessoa pacífica mas tem um utente na sua mesa de refeitório que o incomoda, uma vez que, tem alguns comportamentos e hábitos que não são higiénicos. No entanto, para que não haja conflitos, este fala diretamente com a diretora técnica do lar, a contar o sucedido, para que esta tome medidas.

Diz que o melhor do lar é ter quem cuide dele, principalmente ao nível da alimentação; *“O melhor daqui é a comida (sorrindo)...”* (sic.).

Ao nível das visitas da sua família, apenas a sua filha que mora em Barcelos, o seu genro e, às vezes, os seus netos o visitam. Dos restantes filhos, alguns estão emigrados na Venezuela e França e outros estão na Madeira. No entanto, mesmo que estejam cá de férias alguns ainda têm ressentimentos com este e não o visitam.



## **Avaliação Psicométrica e Resultados**

Ultimamente há uma grande preocupação com a avaliação da gravidade da depressão, verificando também as alterações ocorridas nos indivíduos a quem já foi diagnosticada a doença (Costa, 2005). Deste modo, procedeu-se à avaliação dos sintomas apresentados através de uma entrevista clínica, a escala de depressão geriátrica, a escala de satisfação com o suporte social e a SF-36.

Como forma de verificar os seus sintomas depressivos, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) onde o Sr. J. apresentou depressão ligeira com 17 pontos.

Também para averiguar se há alguma correlação entre o suporte social e os seus sintomas depressivos, usou-se a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), obtendo este as seguintes pontuações: Satisfação com os Amigos = **15** pontos (25); Intimidade = **11** pontos (20); Satisfação com a família = **12** pontos (15); e Atividades Sociais = **6** pontos (15). A partir destes resultados podemos verificar uma baixa satisfação com as atividades sociais.

Em idosos os sintomas cognitivos podem-se apresentar como desorientação, perdas de memória e distratibilidade (APA, 2002). Assim, torna-se conveniente fazer uma avaliação ao nível cognitivo, uma vez que, o aparecimento de depressão em idosos tem sido considerado um fator de risco, sendo possível que a depressão possa estar associada a um início de demência, pois, a comorbilidade destas contribui para o comprometimento das capacidades funcionais do idoso (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002). Deste modo, deve ser feito o despiste avaliando o comprometimento cognitivo através de testes como o Mini Mental States. Como o Sr. J. também apresentava alguns problemas de memória foi aplicado um instrumento de avaliação cognitiva no sentido de perceber se estes problemas poderiam ser devidos à depressão ou a algum défice cognitivo. Na avaliação cognitiva breve utilizou-se o Mini-Mental State Examination (MMSE) em que se obteve 17 pontos, o que significa que, atendendo ao facto de este não ter escolaridade, não apresenta défice cognitivo.

Para avaliar a sua perceção da saúde física e psicológica, aplicou-se o SF-36 onde o Sr. J. teve os seguintes resultados: Funcionamento Físico = **40** (50), Desempenho Físico = **100** (70), Dor Corporal = **84** (70), Saúde em Geral = **60** (70), Vitalidade = **70** (80), Funcionamento Social = **87.5** (90), Desempenho Emocional = **100** (90) e Saúde Mental = **68** (50). Assim, o funcionamento físico, a saúde em geral, a vitalidade e o funcionamento social encontram-se um pouco abaixo da média, enquanto o desempenho físico, a dor corporal, o desempenho emocional e a saúde mental se

encontram um pouco acima da média. Deste modo, podemos dizer que embora moderadamente o Sr. J. perceciona o seu funcionamento físico como sendo um pouco limitado, precisando de ajuda para realizar tarefas como vestir-se ou tomar banho, o que também foi apurado através da observação (de facto precisa de ajuda para cuidar da sua higiene pessoal). Quanto à sua saúde geral e vitalidade, perceciona-as como sendo menos boas sentindo-se um pouco cansado e exausto, o que poderá ser devido aos seus sintomas depressivos. Finalmente, a partir do resultado do funcionamento social, pode-se dizer que, embora moderadamente, os seus problemas emocionais e físicos interferem frequentemente com as atividades sociais normais.

Foi utilizada a entrevista clínica da SCMS para recolher dados importantes da avaliação do Sr. J. e para saber um pouco mais sobre os dados apresentados nos instrumentos anteriores. Além disso, como defende Woods (1996, cit in, Costa, 2005), a entrevista de diagnóstico pode ser o melhor instrumento de avaliação para verificar se o idoso terá ou não uma perturbação do humor.

### **Diagnóstico Multiaxial**

- **Eixo I:** 296.32 Perturbação Depressiva Major, Episódios recorrentes, com intensidade moderada
- **Eixo II:** V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2]
- **Eixo III:** Nenhum
- **Eixo IV:** Baixo suporte social,  
Problemas com o grupo primário (alguns filhos ainda não lhe falam).
- **Eixo V:** AGF = 65 (no momento da avaliação),  
AGF = 70 (no momento atual).

### **Diagnóstico Diferencial**

O presente diagnóstico foi realizado com base nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002), tendo em conta a sintomatologia que o Sr. J. manifestava no momento da avaliação inicial. O utente apresentava humor deprimido durante a maior parte do dia e quase todos os dias, acompanhado de sintomas como: anedonia, insónia, lentificação psicomotora, sentimentos de desvalorização e diminuição da capacidade de pensamento e de concentração. Além disso, há uma diminuição no interesse pelas atividades diárias, quase todos os dias.

**A Perturbação Depressiva Major** é diferenciada da:

- Perturbação Distímica, uma vez que, a primeira é caracterizada por um ou mais Episódios Depressivos Major moderados que se distinguem do funcionamento normal do indivíduo, enquanto a perturbação Distímica é caracterizada por sintomas depressivos crónicos, que embora sejam menos intensos, tem de estar presentes num período de pelo menos dois anos.
- Perturbação Bipolar I, uma vez que, esta consiste na presença de Episódios Maníacos ou Mistos, com ou sem Episódios Hipomaníacos.
- Perturbação Bipolar II, uma vez que, esta é caracterizada pela presença de Episódios Hipomaníacos sem história de Episódios Maníacos.
- Perturbação do Humor Devida a um Estado Físico Geral, pois, esta perturbação é considerada consequência fisiológica direta de um estado físico geral, específico, habitualmente crónico. Se os sintomas depressivos, não forem considerados consequência fisiológica direta do estado físico geral, o diagnóstico de Perturbação do Humor primária deve ser registado no Eixo I (por exemplo Perturbação Depressiva Major) e o estado físico geral registado no eixo III (por exemplo Enfarte do Miocárdio).
- Perturbação do Humor induzida por Substâncias, uma vez que, esta decorre do consumo ou da abstinência de uma substância, ou seja, a substância está etimologicamente relacionada com a perturbação do humor.
- Perturbação Esquizoafetiva, Esquizofrenia, Perturbação Delirante, Perturbação Psicótica sem outra Especificação, visto que, estas são marcadas pelas ideias delirantes ou alucinações.
- Demência, pois, nesta há história pré-mórbida de declínio da função cognitiva, enquanto o indivíduo com Perturbação Depressiva Major tem, muito provavelmente, um estado pré-mórbido relativamente normal e um declínio cognitivo abrupto associado com a depressão.

### **Concetualização clínica**

A depressão é caracterizada por um sentimento de tristeza profunda e de desespero (Salgueiro, 2007). Este é estado de humor diferente do declínio passageiro do humor experimentado pela maioria das pessoas, quando estas reagem normalmente às situações de perda, e perturba muitos aspetos do funcionamento físico, mental e social (Fennell, 1997, Salgueiro, 2007).

Assim, aparecem como principais sintomas: Mau humor (normalmente sentem-se tristes, chorosos, mais irritados que o normal, mais ansiosos e tensos); Diminuição da energia e de realização de atividades (sejam elas tarefas diárias ou *hobbies* e podem perder a capacidade de reagir emocionalmente); Perda de interesse e satisfação pelas atividades (afastam-se muitas vezes das atividades sociais e preferem ficar num lugar confortável podendo passar horas no mesmo local); Problemas na atenção, concentração e memória (sentem que é difícil se concentrar ou lembrar daquilo que foi dito ou feito); Baixa autoestima e diminuição da confiança em si e nos outros (ficam preocupados por se sentirem mal e por sentirem dificuldades que aparentemente não tem solução); Ideias pessimistas sobre o futuro e sentimentos de culpa (muitas vezes, acreditam que estão a dececionar o outro); Alterações no sono e no apetite que ficam perturbados; E em casos mais graves ideias suicidas (Fennell, 1997; Hale, 2000 cit in Salgueiro, 2007; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Muitas vezes, o indivíduo vê o seu estado ou situação a não melhorar, a desesperança cresce e pode levar a um desejo de morrer, ou seja, pensamentos suicidas. Deste modo, entre as pessoas que se encontram gravemente deprimidas, 15% acabam por cometer suicídio (Coryell & Winokur, 1987, cit in Fennell, 1997).

Além dos sintomas comuns os idosos com depressão podem apresentar também queixas somáticas, hipocondria, humor disfórico, ideação paranóide (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

No caso do Sr. J. os sintomas apresentados são: alterações no humor (e.g., tristeza), diminuição na energia e realização das atividades (deixando de sair fora do lar), diminuição da atenção e concentração, baixa autoestima e autoconfiança (e.g., sentimentos de inutilidade), ideias pessimistas e sentimentos de culpa (relativamente ao seu passado), bem como, alterações do sono (na sua iniciação e na manutenção, bem como, alguns pesadelos). Apesar de no momento da avaliação e acompanhamento psicológico não ter demonstrado ideias suicidas, este tem histórico de tentativa há cerca de um ano. Agora diz que não tem esse tipo de pensamentos, uma vez que, não quer passar pela experiência dolorosa que passou quando o tentou fazer.

Perante estes sintomas apresentados pelo Sr. J., e para confirmar o possível diagnóstico de depressão demonstrado através da entrevista, da observação e dos testes de avaliação, foi tido em conta o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV). Perante este, o Sr. J. apresenta uma Perturbação Depressiva Major.

Segundo o DSM-IV (APA, 2002), esta é uma Perturbação do Humor caracterizada por um ou mais Episódios Depressivos Major, ou seja, o indivíduo apresenta pelo menos duas semanas de humor depressivo (durante a maior parte do dia e quase todos os dias) ou perda de interesse em grande parte das atividades, acompanhado de pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão. Estes sintomas podem abarcar alterações no apetite ou peso, sono, e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização ou culpa; dificuldades em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões; ou ainda, em alguns casos, pensamentos recorrentes acerca da morte ou tentativas suicidas. Deste modo, a pessoa tem mal-estar clinicamente significativo ou interferências no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes.

No que diz respeito ao idoso a depressão é comum, no entanto, e contrariamente ao que muitas vezes se pensa, não é um estado específico do indivíduo idoso nem faz parte do processo natural do envelhecimento (Maurício, 2010; Vaz & Gaspar, 2011).

A depressão evolui num *continuum* que vai das simples flutuações de humor aos sintomas depressivos e está associada a fatores biológicos, psicológicos e sociais (Maurício, 2010). Deste modo, não pode ser explicada apenas por um fator isolado mas como um resultado da interação entre vários fatores diferentes (Fennell, 1997).

As razões que muitas vezes estão na base dos sintomas depressivos em pessoas idosas e que podem constituir fatores de risco para o desenvolvimento desta perturbação são: riscos demográficos (ruralidade, género, idade, estado civil, institucionalização, escolaridade, profissão e *status* socioeconómico); riscos psicossociais (acontecimentos de vida, luto, falta de confidente ou relação íntima, isolamento socio-afetivo, apoio sociofamiliar, solidão, dificuldades em satisfazer as atividades de vida diárias, dificuldades cognitivas e história prévia de depressão); e risco de saúde (doença física, número de doenças, doenças crónicas, incapacidades e deficiências, doença psíquica e ingestão de medicamentos depressores) (Bergdahl et. al., 2005, Blazer, 2003, Zunzunegui et al., 1998, cit in Vaz & Gaspar, 2011). Também os fatores genéticos, os sentimentos de frustração perante os anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito, marcada por perdas progressivas (como do companheiro(a), dos laços afetivos) podem ser acrescentados ao conjunto de fatores que podem influenciar no desenvolvimento da depressão (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Os fatores de risco apresentados na história clínica do Sr. J. e que podem ter influenciado no desenvolvimento da depressão são: o facto de estar institucionalizado, que embora lhe sirva de suporte social, este demonstra ainda não ter aceiteado muito bem

o facto de estar dependente da instituição para usar a sua reforma, deixando de ter, deste modo, alguma autonomia sobre os seus bens; os acontecimentos da sua vida passada e o facto de ter sentimentos de culpa perante estes; a falta de confidente, pois o Sr. J., apesar de falar com toda a gente, não sente confiança suficiente em ninguém para falar de questões mais pessoais; o isolamento socio-afetivo e falta de suporte familiar, uma vez que, os restantes filhos não o visitam; a história prévia de depressão, há cerca de um ano e que ajudou à reincidência; e os sentimentos de frustração perante os anseios de vida não realizados.

Apesar disso, este tem como fatores protetores: a visita semanal da filha ou pelo menos do genro que lhe dão algum suporte familiar. Também é alguém que, ao longo das consultas, demonstrou vontade em colaborar e ter um papel ativo no seu tratamento quer pelo interesse e motivação nas consultas e nas tarefas inter-sessão, quer pela vontade em aceitar e perdoar, a si e aos outros, o que aconteceu nesse passado.

### **Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados**

A intervenção psicológica com o Sr. J. iniciou-se com o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança, na empatia, na compreensão e no apoio incondicional. Inicialmente, esta foi um pouco difícil de estabelecer, uma vez que, o Sr. J. não se sentia muito à vontade em abordar alguns aspetos do seu passado, por sentir culpa e vergonha relativamente a certos acontecimentos. Só através da aceitação e compreensão da psicóloga nos assuntos abordados é que o Sr. J. sentiu que poderia confiar e foi falando mais abertamente. Nas últimas sessões já nem era preciso fazer questões mais elaboradas acerca de qualquer assunto, pois, este já respondia abertamente.

De salientar que, com esta relação terapêutica estabelecida o Sr. J. mostrava-se bastante motivado a colaborar nas atividades, realizando muitas vezes as tarefas inter-sessão e sendo ativo na sua recuperação.

De seguida irá ser apresentada a estrutura das sessões, bem como, o seu racional teórico.

- **1ª a 3ª sessão**

As primeiras três sessões foram dedicadas à recolha da história clínica do Sr. J., através do modelo de entrevista da SCMS, bem como, ao estabelecimento da relação terapêutica de modo a perceber o problema apresentado por este e a providenciar estratégias que levassem ao processo de mudança.

- **4ª a 5ª sessão**

As presentes sessões foram dedicadas essencialmente à avaliação dos sintomas depressivos através da Escala de Depressão Geriátrica, do suporte social com a Escala de Satisfação com o Suporte Social, da perceção da saúde física e psicológica através da SF-36. Também como forma a avaliar as alterações cognitivas foi aplicado o Mini Mental States.

Uma vez que, havia história de tentativa de suicídio numa situação depressiva anterior, foi avaliado de forma não intrusiva se haveriam pensamentos ou intenções suicidas, mas este não apresentava qualquer intenção suicida, pois, a experiência anterior foi bastante marcante para o utente, fazendo-o perceber que esta não é a melhor forma resolver os seus problemas.

Na aplicação dos testes de avaliação, apesar de este ter um discurso negativo e depressivo, mostrou-se bastante colaborante.

- **6ª a 8ª sessão**

A partir da história clínica recolhida com a entrevista e da avaliação psicológica, foi feita a concetualização de caso do Sr. J. permitindo arranjar estratégias de intervenção para remissão de pelo menos alguns sintomas e prevenir possíveis recaídas.

Assim, as presentes sessões foram dedicadas à integração e devolução dos resultados da avaliação, reforçando a importância da realização de algumas atividades para a mudança desejada.

Como o utente apresentava alguns sintomas cognitivos e se queixava destas falhas de memória, foi combinado entre este e a psicóloga estagiária que fizéssemos Terapia da Orientação para a Realidade (TOR) no início das sessões. Esta terapia visava orientar o utente em termos alopsíquicos (tempo), relembrando o dia da semana, o dia do mês, o mês, o ano e o local onde está, através de pistas e auxílios externos (Camões, Pereiras & Gonçalves, 2005). Além da TOR, em algumas sessões foram aplicados exercícios de estimulação da memória de forma a manter e melhorar a dinâmica cognitiva do utente.

Inicialmente, o utente mostrava alguma dificuldade em lembrar-se das estratégias que combinamos para a orientação temporal, mas ao longo das sessões foi mostrando maior orientação temporal, tendo apenas dificuldade em recordar-se do ano em que nos encontrávamos.

Foi explicado também que seria importante que o Sr. J. de uma sessão para outra levasse algumas tarefas para o seu quotidiano de forma a verificar como se sentia e

refletir sobre determinados assuntos. Assim, houve uma tarefa inter-sessão em quase todas as sessões.

Para além das estratégias utilizadas nas consultas e das tarefas inter-sessão, o Sr. J. foi motivado a fazer atividades como a ginástica e a participar em atividades que o lar organizava para convívio dos idosos, fazendo com que este tivesse maior interação com o grupo de pares e combatendo o isolamento.

Nas seguintes sessões irão ser apresentadas algumas estratégias encontradas para o tratamento da problemática apresentada pelo Sr. J. Estas não se devem exclusivamente a essas sessões, uma vez que, são métodos utilizados conforme o decorrer das sessões, no entanto, serão apresentadas seguidamente naquelas sessões específicas, pois foi nessas sessões que foram mais trabalhadas essas estratégias.

- **9ª a 12ª sessão**

Como o Sr. J. apresentava bastantes crenças disfuncionais e interpretações erróneas, foi utilizada uma abordagem mais psico-educativa dentro da vertente cognitivo-comportamental, utilizando estratégias ligadas à Reestruturação Cognitiva.

A Reestruturação Cognitiva parte do pressuposto que as desordens emocionais são consequência dos pensamentos disfuncionais ou, se quisermos, genericamente das crenças irracionais, passando a terapia por intervir nesses pensamentos, substituindo-os por outros mais adaptados (Dobson & Block, 1988, cit in Gonçalves, 2004; Beck, 1963, 1964, cit in Bahls & Navolar, 2004).

Inicialmente foram apresentados os fundamentos lógicos do tratamento, explicando o ciclo vicioso de pensamentos negativos e da depressão, os detalhes de como funcionam esses pensamentos ao nível da mente e ao nível do comportamento e finalmente é explicada a possibilidade de mudança.

O modelo cognitivo da depressão de Beck (1967, 1976, cit in Fennell, 1997), é um dos principais modelos que explica que a depressão pode estar intimamente ligada aos pensamentos disfuncionais. Este propõe que as experiências anteriores do indivíduo formam suposições gerais que este tem de si, da realidade atual e do futuro (triáde cognitiva) que são utilizadas para organizar a perceção e orientar e avaliar o comportamento, sendo estas necessárias ao funcionamento normal do indivíduo. No entanto, algumas destas suposições são disfuncionais e rígidas e, muitas vezes, agravam alguns incidentes críticos que enredam o sistema de crenças deste. Assim, uma pessoa



que pense que a sua felicidade depende inteiramente do seu sucesso, quando passa por alguma situação de fracasso, isto poderá levá-la à depressão. Estas suposições são disfuncionais e rígidas e, uma vez ativadas, poderá ocorrer um maior número de pensamentos automáticos negativos, sendo que, estes podem ser interpretações de experiências atuais, previsões do futuro ou lembranças do passado como no caso do Sr. J. Quando estes pensamentos automáticos negativos ocorrem, podem levar a vários sintomas de depressão: sintomas comportamentais, como baixos níveis de atividade ou isolamento; sintomas motivacionais, como a perda de interesse pelas atividades; sintomas emocionais, como tristeza, culpa e vergonha; sintomas cognitivos, como problemas de memória, ruminações ou autocrítica; e sintomas físicos como as alterações no sono. (Estes exemplos já foram associados ao caso do Sr. J.). Quando a depressão já está instalada ocorre um ciclo vicioso entre pensamentos automáticos negativos e os vários sintomas apresentados anteriormente. Deste modo, quanto mais o indivíduo pensar e acreditar, por exemplo, “*todos têm mais sorte que eu... eu é que sempre fui um desgraçado...*” (sic.), isto poderá levar a mais sintomas depressivos, como os descritos anteriormente. Por outro lado, quanto mais a pessoa ficar deprimida, mais pensamentos depressivos poderá ter.

Posto isto, o trabalho do psicólogo é interromper este ciclo vicioso, ajudando o utente a questionar e refletir sobre esses pensamentos automáticos negativos, para que possa substituí-los por pensamentos mais adaptados. No caso do Sr. J., a Reestruturação Cognitiva permitiu trabalhar as crenças que este tinha em relação à sua incapacidade de lidar com os acontecimentos passados corrigindo, deste modo, os pensamentos desadaptados, através da monitorização e identificação dos pensamentos automáticos, substituindo-os por cognições mais realistas. Uma vez que, o Sr. J. não sabia ler nem escrever, esta monitorização foi feita sem recorrer a uma folha de registo. Estes pensamentos foram trabalhados mais a nível mental quer em consulta, quer quando este realizava a tarefa inter-sessão.

Através de um diálogo socrático, o Sr. J. reconheceu que alguns pensamentos disfuncionais eram devido a interpretações um pouco erróneas e, por isso, mostrou-se motivado em identificá-los juntamente com a psicóloga estagiária e a eliminá-los substituindo por pensamentos mais adequados.

Como o Sr. J. referiu que, muitas vezes, lhe custava a adormecer por causa de lhe “*virem pensamentos à ideia menos bons*” (sic.), então, uma das tarefas inter-sessão proposta foi tentar questionar ao máximo os pensamentos automáticos negativos, à luz

do que tínhamos feito nas presentes sessões. Deste modo, conseguiu melhorar relativamente às alterações do sono que tinha.

- **13ª a 16ª sessão**

Nas presentes sessões, para além da reestruturação cognitiva, foi utilizada a Terapia das Reminiscências. Este é um processo natural de evocação das experiências significativas ocorridas no passado e que é inerente ao ser humano (Jonsdottir, Steingrimsdottir & Tryggvadottir, 2001, cit in Gonçalves & Martín, 2007).

O objetivo era que o Sr. J. pudesse recordar experiências ou factos aos quais associasse prazer ou dor (Aberg, Hepworth, Lithell, O'Reilly & Sidenvall, 2005, Haight, Bachman, Hendrix, Wagner, Meeks & Johnson, 2003 cit in Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008), permitindo analisar o passado, compreender as mudanças ocorridas, as adaptações e transições, os conhecimentos adquiridos e, de um modo geral, analisar as suas relações com os outros (Puyenbroeck & Maes, 2005, Watt & Cappeliez, 2000, cit in Gonçalves, Albuquerque & Martín, 2008). Assim, enfrentando as suas memórias e avaliando-as de outras perspetivas, o utente poderia resolver eventuais conflitos intrapsíquicos localizados no passado (Gonçalves & Martín, 2007).

Segundo Gonçalves, Albuquerque e Martín (2008) a Terapia das Reminiscências, pode ser utilizada de forma preventiva ou remediativa no caso de já estar instalada a sintomatologia depressiva. No caso do Sr. J. esta foi utilizada de forma mais remediativa, uma vez que, este se encontrava com sintomas depressivos. Deste modo, a presente terapia foi utilizada para que fossem trabalhadas questões como a aceitação do seu passado, bem como, a diminuição da sintomatologia depressiva.

Nesta terapia o utente é encorajado a falar sobre os acontecimentos significativos da sua vida ocorridos no passado, através de objetos como fotografias, vídeos, músicas, ou por temas específicos como o “dia de casamento” ou o “nascimento dos filhos” (Wang, 2005, cit in Gonçalves & Martín, 2007). No caso do Sr. J. para além de ser utilizado um mini álbum da família (filhos) feito pela neta deste, foram também utilizados vários temas, em diferentes sessões, como: os vários países onde esteve emigrado e a família (figuras paternas).

Nesta terapia, apesar de ter algumas dificuldades em lembrar-se de alguns aspetos de algumas fases da sua vida, o Sr. J. mostrou-se motivado e colaborante. Ao longo destas sessões foram também aparecendo alguns pensamentos disfuncionais, de modo a poder trabalhá-los com a reestruturação cognitiva.

- **17ª a 20ª sessão**

Através da Reestruturação Cognitiva e da Terapias das Reminiscências, (que também continuou nas presentes sessões) o sono do Sr. J. melhorou, no entanto, apesar das melhoras, ainda sentia que lhe faltava algo para dormir totalmente bem. Deste modo, foram trabalhadas questões como a higiene do sono, o relaxamento e, através de um diálogo socrático e de conceitos ligados ao *Mindfulness*, foi trabalhada a aceitação do passado, bem como, o perdão a si e aos outros por algumas situações desse mesmo passado.

A higiene do sono passou por aconselhar o Sr. J. a deitar-se e levantar-se num horário mais ou menos regular; a levantar-se um pouco quando o sono tardar (para não estar num estado de ansiedade quando não conseguir adormecer); a não ingerir cafeína (após as 18h); a não ingerir grandes quantidades de comida ao jantar, aguardando pelo menos três horas antes de dormir; e depois do jantar procurar relaxar um pouco (Fernandes, Magalhães, & Antão, 2012).

O relaxamento baseou-se no Relaxamento Progressivo Muscular de Jacobson. Este aplica-se por meio de uma aprendizagem dos exercícios que vão desde a “contração”, seguida de “relaxamento” e atividades respiratórias coordenadas (Rissardi, & Godoy, 2007), tendo como principal objetivo o relaxamento dos vários grupos musculares e fazendo, deste modo, com que a pessoa sinta maior bem-estar e mais facilidade em adormecer.

Deste modo, o relaxamento é descrito na literatura como uma ótima estratégia para lidar com o *stress* e com as preocupações, promovendo por si só o bem-estar, pois pode ser utilizado mesmo que a pessoa não se sinta “*stressada*” (Portugal & Azevedo, 2011).

Também para uma maior aceitação do passado foram introduzidos alguns conceitos da meditação *Mindfulness* na intervenção do Sr. J., passando por uma psico-educação do que seria *Mindfulness*, quais os seus fundamentos e de que forma o *Mindfulness* o poderia ajudar.

A prática de *Mindfulness* é caracterizada pela consciência e aceitação plena no momento presente, sem julgar, aceitando de forma positiva os estímulos externos e internos que surjam (Shapiro et al., 2005, cit in Menezes & Dell’Aglia, 2009; Kabat-Zinn, 1990, cit in Manãs, Justo & Martinez, 2011). Assim, nesta são utilizadas técnicas para tomar consciência dos pensamentos (sejam eles positivos ou negativos), sem os confrontar e sem se deixar influenciar por eles negativamente, aprendendo, deste modo,

que são apenas fluxos mentais (Vandenbergue & Sousa, 2006, cit in Menezes & Dell’Aglia, 2009; Quintana, & Fernández, 2011). Um dos objetivos do mindfulness é ajudar o Sr. J. a desistir de lutar contra alguns pensamentos acerca dos acontecimentos passados e aceitá-los como reações determinadas pela sua história pessoal, passando a aceitar os seus pensamentos e sentimentos (Dougher & Hackbert, 2003).

Após se questionar e refletir sobre os assuntos do passado o Sr. J. conclui que não pode mudar o passado e que deveria perdoar a si e aos outros... o que aconteceu para poder viver em paz. *“Estes dias eu estava na cama e estava a pensar... Perdoei tudo a toda a gente... Perdoei o que fiz e o que me fizeram...”* (sic.). Quando questionado se também tinha perdoado o pai, pois, referia bastantes vezes que nunca iria perdoá-lo, este diz: *“Ao meu pai também...”* (sic.).

Neste ponto da terapia, o Sr. J. já mostrava uma postura mais positiva e alegre, estava mais motivado e até utilizava algum humor nas consultas.

- **21ª a 23 sessão**

As presentes sessões foram dedicadas a receber o feedback do utente relativamente à intervenção feita ao longo das sessões, a informar e preparar o Sr. J. para o término das sessões terapêuticas e à aplicação dos testes de avaliação anteriores, de modo a verificar os progressos feitos no tratamento.

Relativamente ao feedback dado pelo utente, este mostrou-se bastante positivo. Quando questionado sobre a importância e utilidade que as consultas terapêuticas tiveram para ele, o Sr. J. diz: *“Às vezes ponho-me a pensar e até me rio...”* (sic.) (referindo-se ao facto de anteriormente não ter qualquer sentimento positivo e no momento conseguir rir das situações), *“...já não tenho aqueles pensamentos maus que tinha e já não tenho pesadelos.”* (sic.).

Quando foi informado que as sessões terapêuticas iriam terminar, o Sr. J. mostrou-se um pouco triste, no entanto, foi-lhe explicado que ainda continuaríamos por mais duas semanas, e que depois o visitaria um mês após o término das sessões para verificar como este se encontrava (uma sessão de *follow-up*). Além disso, foi dito ao Sr. J. que se precisasse poderia solicitar os serviços de psicologia da SCMS, falando com a monitora ou a diretora do lar e pedindo ajuda.

Na avaliação final foram aplicados novamente a Escala de Depressão Geriátrica, a Escala de Satisfação com o Suporte Social, a SF-36 e o Mini-Mental States (uma vez que, já tinham passado 6 meses após a primeira avaliação).

Na EDG o Sr. J. apresentou ausência de depressão com 8 pontos; na ESSS o Sr. J. apresentou indicadores positivos em todos os fatores (Satisfação com os Amigos (18/25), Intimidade (14/20), Satisfação com a família (11/15) e Atividades Sociais (10/15)); no SF-36 a percepção que o Sr. J. tem sobre o funcionamento Físico, a Saúde em Geral e a Vitalidade continuam abaixo do normal, a percepção do funcionamento social melhorou passando a ser um fator positivo e os restantes fatores mantiveram-se mais ou menos com valores próximos aos da primeira avaliação. De notar que, o índice de saúde mental passou de 68 para **80/50**, demonstrando que melhorou a sua percepção de saúde mental; finalmente no MMSE o Sr. J. continua a não apresentar défice cognitivo com 18 pontos. Os presentes resultados evidenciam os progressos feitos pelo Sr. J. que se tornavam evidentes também ao nível da observação. O Sr. J. já apresentava um humor eutímico, utilizando nas consultas algum sentido de humor, sorrindo e falando mais abertamente. Passou também a valorizar-se mais, aumentando a sua autoconfiança e autoestima.

Depois de realizada a avaliação foi devolvido o feedback da terapia feita ao longo destas sessões, dizendo que os principais objetivos terapêuticos foram cumpridos (remissão dos seus sintomas depressivos). Além disso, foi-lhe dito que estava muito contente por verificar que tínhamos conseguido alcançar esses mesmos objetivos e por verificar que o Sr. J. estava muito melhor.

- **24ª Sessão**

A presente sessão foi uma sessão de *follow-up* em que através de um diálogo revisamos como é que o Sr. J. se tinha sentido durante aquele mês em que não tivemos consultas. O Sr. J. lembrava-se que já tinham passado 3 semanas desde que tínhamos terminado as sessões, e o feedback foi positivo, dizendo que continua a sentir-se bem.

### **Avaliação Global**

Quando o Sr. J. foi encaminhado para consulta psicológica, era evidente a sua sintomatologia depressiva, pela sua postura e pelo seu discurso. Inicialmente este mostrou alguma resistência em abordar assuntos mais delicados, mas ao longo do processo terapêutico foi aumentando a confiança na psicóloga estagiária, na intervenção e na sua capacidade de ultrapassar as suas dificuldades.

Quanto à sua intervenção, perante os sintomas depressivos apresentados, poderíamos intervir noutros fatores que contribuíam para a depressão, como o suporte

social, no entanto, visto o Sr. J. demonstrar maior incómodo com os pensamentos automáticos e com as suas dificuldades do sono, foram utilizadas essencialmente a reestruturação cognitiva, a terapia das reminiscências e a higiene do sono.

A sua vontade e motivação para colaborar com o processo terapêutico foi essencial para a sua recuperação. Ao longo das sessões terapêuticas eram notáveis as melhoras do Sr. J. quanto às suas problemáticas, havendo também diminuição das verbalizações negativas e aumentando o seu bom humor, inclusive no seu discurso.

No momento, o Sr. J. consegue dormir bem e ver as fases difíceis pelas quais passou sem guardar qualquer culpa ou ressentimento. Este foi um dos factos que me deixou bastante satisfeita com o caminho percorrido por ambos!

De seguida irá ser apresentado um quadro com uma breve descrição dos restantes casos acompanhados em consulta psicológica, que foram sujeitos a intervenção. Os detalhes desses casos seguem em anexo (**Anexo II, III, IV e V**).

<b>Utente</b>	<b>Problema apresentado</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Intervenção</b>
<b>Sra. C. Processo 2</b>	Dores de cabeça, humor deprimido, isolamento	Perturbação da Adaptação, com Humor Deprimido, aguda.	Relaxamento progressivo Muscular de Jacobson e Reestruturação Cognitiva
<b>Sra. T Processo 3</b>	Tristeza, choro, isolamento decorrentes do luto (morte do seu marido)	Episódio Depressivo Major, Único e Moderado	Promoção da ventilação emocional, motivação para atividades ocupacionais e diálogo socrático de forma a trabalhar crenças disfuncionais
<b>Sra. M. C. Processo 4</b>	Queixas somáticas e problemas com os profissionais por se mostrar bastante apelativa	Problemas relacional sem outra especificação	Treino de competências Sociais e Reestruturação Cognitiva
<b>Sra. M. Processo 5</b>	Deterioração Cognitiva	Demência do Tipo Alzheimer, sem perturbação do comportamento	Treino de Estimulação Cognitiva

**- Intervenção em Grupo:**  
**“Ora faço eu, Ora faz tu” -**

### **3.4. Intervenção em Grupo: “Ora faço Eu, Ora faz Tu”**

Como foi referido acima, a intervenção em pessoas mais velhas vai desde planejar as mudanças nas organizações frequentadas por estes, até às intervenções terapêuticas ou com grupos de idosos. Na literatura geriátrica há imensas descrições de intervenções e terapias de grupo e dos seus benefícios para idosos que vivem em instituições (Lima, 2004).

Os grupos de desenvolvimento podem ser constituídos por pessoas que estão na mesma situação, ou que partilham as mesmas dificuldades, ou ainda, de famílias. Estes grupos constituem especialmente um treino útil no âmbito das relações interpessoais, principalmente ao nível da ansiedade e dos conflitos (Lima, 2004). Além disso, os grupos com idosos podem trazer vantagens como: ajudar o idoso a ter perceção de que os seus problemas não são únicos e imutáveis; desenvolver a confiança em si, nos outros ou no futuro; ao nível da promoção da interação social, a aprendizagem de novas aptidões relacionais, fomentando a coesão e, consequentemente, a aceitação; aumentar a autoestima através do altruísmo e da empatia, desenvolvendo a capacidade de se por no lugar do outro e de sentir o que o outro sente; especializar a aprendizagem e o treino de várias competências, entre outros benéficos (Lima, 2004).

Visto ser extremamente vantajoso a intervenção em grupo, e tendo em conta a necessidade de dotar alguns idosos (que tinham consulta com a psicóloga clínica) de competências sociais, foi desenvolvido um programa de treino de habilidades sociais no âmbito do estágio curricular.

#### **3.4.1. Fundamentação teórica da intervenção em Grupo:**

As habilidades sociais em idosos têm merecido especial interesse na atualidade (Araújo & Melo, 2011), uma vez que, a interação entre as pessoas à medida que envelhecem e o saber interagir socialmente são de extrema importância para o idoso, já que reforçam as redes de apoio para ultrapassar acontecimentos de vida potencialmente stressantes, garantindo assim, melhor qualidade de vida (Araújo & Melo, 2011; Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007).

Também Freire (2000, cit in Carneiro & Falcone, 2004) defende que as habilidades sociais podem ser uma das estratégias para chegar a uma velhice bem-sucedida.



O THS revela-se importante, na medida que estes comportamentos são necessários para uma relação interpessoal bem-sucedida, pois, os mesmos incluem comportamentos de iniciar, manter e finalizar uma conversa; falar em grupo; expressar amor, afeto e agrado; defender os próprios direitos; fazer e aceitar cumprimentos; expressar as próprias opiniões, mesmo os desacordos; expressar justificadamente sentimentos de desagradado; pedir mudança no comportamento do outro e saber enfrentar as críticas recebidas; pedir ajuda; fazer e responder a perguntas; fazer e recusar pedidos; saber defender-se; expressar sentimentos de forma afirmativa; lidar com críticas e elogios; saber admitir erros e pedir desculpa; criar uma relação empática, entre outros (Caballo, 1991 cit in Bolsini-Silva, 2002).

Para além destes elementos verbais das habilidades sociais também fazem parte destas os elementos não-verbais da comunicação, como: o olhar e contacto visual, o sorriso, a expressão facial, os gestos, a expressão corporal, os movimentos com a cabeça, o contacto físico e a distância/proximidade (Del Prette & Del Prette, 1999, cit in Bolsini-Silva, 2002).

Normalmente as intervenções incluem habilidades como o treino da assertividade, a empatia e o controle da raiva, entre outros comportamentos que precisam ser mudados (Murta, 2005).

Podemos encontrar as teorias humanistas, sistémicas, cognitivas e comportamentalistas associadas ao THS, no entanto, as que predominam são as cognitivo-comportamentais, utilizando, muitas vezes, técnicas como as de fornecer instruções, ensaio comportamental, modelação, moldagem, feedback verbal e em vídeo, tarefas de casa, reestruturação cognitiva, solução de problemas, relaxamento, e vivência quando é terapia em grupo (Caballo, 2003, Del Prette & Del Prette, 1999, 2001c, 2001d cit in Bolsini-Silva, 2002, Murta, 2005).

Deste modo, o desenvolvimento de programas de treino de habilidades sociais (THS) é importante na medida que estas aptidões são ferramentas importantes a vários níveis de atuação em saúde (Jeffery, 1989, cit in Murta, 2005). O THS baseia-se na existência de uma ligação entre o défice na forma como a pessoa funciona nas suas relações interpessoais e os diversos problemas ao nível mental. Estas aptidões ajudam o indivíduo a retornar a sua autonomia e a manter relacionamentos interpessoais. Mas, mais que reduzir comportamentos inadequados ou diminuir o mal-estar que esses comportamentos provocam, o treino de habilidades sociais orienta-se para o desenvolvimento de novas competências ou procedimentos alternativos aos que o

indivíduo utiliza, de forma a ter comportamentos mais adaptativos (Coelho & Palha, 2006). Assim sendo, pode minimizar os fatores de risco e fomentar os fatores de proteção ao desenvolvimento humano (Murta, 2005).

Algumas das vantagens do treino de habilidades sociais em grupo são o facto de: haver um ambiente social mais variado e complexo onde se encontram homens e mulheres com formas e experiências de vida diferentes; esta experiência permitir a aprendizagem de certas habilidades e poder executá-las ao vivo; permitir a reprodução de situações idênticas aos encontros interpessoais que na realidade acontecem, favorecendo, desta forma, o aprofundamento e a ampliação dos comportamentos treinados na situação de grupo; proporcionar o feedback imediato do comportamento treinado; possibilitar aos indivíduos soluções às questões propostas deixando-os decidir entre diferentes tipos de respostas através de diferentes modelos comportamentais; maior número de situações- problema e maior suporte para as suas soluções; o treino em grupo permitir a maximização dos recursos humanos e materiais; entre outras (Hidalgo & Abarca, 1992, Falcone, 1998 cit in Bolsini-Silva, 2002).

A intervenção em grupo intitulada de “Ora faço Eu, Ora faz Tu”, é um programa de treino de habilidades sociais em idosos que, como foi referido anteriormente, foi desenvolvido a partir da necessidade que a psicóloga clínica (orientadora) mostrou, uma vez que, os utentes propostos por esta eram utentes que nas suas consultas demonstravam carência de competências de comunicação e baixas habilidades sociais. Deste modo, a formação do grupo deveu-se essencialmente a característica comum do défice ao nível das competências sociais.

O objetivo geral deste programa é dotar os idosos participantes de habilidades sociais, de forma a melhorar as suas relações interpessoais. Já os objetivos específicos são: compreensão da comunicação verbal e não-verbal; compreensão da interação social com o outro; treino de comportamentos assertivos; e fomentar a interação entre os membros do grupo de forma a treinarem estas competências.

### **3.4.2. Apresentação sucinta das sessões**

A presente intervenção em grupo, foi realizada em dois dos lares pertencentes à Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, com idosos do lar Sto. André e idosos do lar Nossa Sra. da Misericórdia. As sessões eram semanais e numa semana eram realizadas no lar Sto. André e noutra semana no lar Nossa Sra. da Misericórdia.

Desta forma, será apresentada a caracterização da população que participou no grupo de intervenção (**Quadro 2**) e um plano geral das sessões, demonstrando o nº de sessões, a duração, entre outras características (**Quadro 3**).

<b>Público-Alvo</b>	<b>Características</b>	<b>Número</b>	<b>Sexo</b>
<b>Idosos do Lar St. André e do Lar Nossa Sra. Misericórdia</b>	Baixas competências sociais	6	2 homens 4 mulheres

**Quadro 2 (Caracterização População da Intervenção em Grupo)**

<b>Nº de sessões</b>	<b>Dia</b>	<b>Horas</b>	<b>Duração de cada sessão</b>	<b>Local</b>
<b>10 sessões</b>	Quinta-feira de manhã	10h	50 minutos	Lar Nossa Sra. da Misericórdia e Lar Sto. André

**Quadro 3 (Caracterização das Sessões da Intervenção em Grupo)**

### **Cronograma**

	<b>Meses</b>	<b>Fevereiro</b>	<b>Março</b>	<b>Abril</b>
<b>Sessões</b>				
Sessão nº1				
Sessão nº2				
Sessão nº3				
Sessão nº4				
Sessão nº5				
Sessão nº6				
Sessão nº7				
Sessão nº8				
Sessão nº9				
Sessão nº10				

**Quadro 4 (Cronograma da Intervenção em Grupo)**

## Planificação e tarefas das sessões apresentadas ao grupo

*“Ora faço eu, Ora faz tu”*

<b><i>Sessões e Tema</i></b>	<b><i>Principais Objetivos e Tarefas (Resumo)</i></b>
<b>Sessão nº1</b> <b>(Apresentação)</b>	Apresentação dos participantes e terapeutas; Explicação dos objetivos, através da exposição de conteúdos relacionados com o tema de grupo; Regras a cumprir e sua explicação em contexto de grupo;
<b>Sessão nº2</b> <b>(“Espreita-me”)</b>	Perceber e entender o impacto dos sinais sociais na interação com o outro;
<b>Sessão nº3</b> <b>(“A Mímica”)</b>	Entender a emoção na expressão do comportamento não-verbal;
<b>Sessão nº4</b> <b>(“A Mímica” cont.)</b>	Entender a emoção na expressão do comportamento não-verbal (continuação);
<b>Sessão nº5</b> <b>(“Eu oiço e aceito”)</b>	A escuta ativa na promoção da comunicação: compreensão e aceitação do outro;
<b>Sessão nº6</b> <b>(“Uma conversa”)</b>	Promover estratégias de observação, através da atenção para com o ambiente e a pessoa, no desenvolvimento de uma conversa.
<b>Sessão nº7</b> <b>(“A Assertividade”)</b>	Compreensão e desenvolvimento de comportamentos assertivos.
<b>Sessão nº8</b> <b>(“A minha opinião”)</b>	Aplicação de estratégias na expressão e defesa de opinião.
<b>Sessão nº9</b> <b>(“As emoções negativas”)</b>	Criação de planos para lidar com a recusa e com a expressão do aborrecimento e desagrado de forma assertiva.

**Quadro 5 (Sessões do grupo “Ora faço eu, Ora faz tu”)**

Em anexo segue a descrição dos objetivos gerais e específicos de cada sessão, bem como, o material que foi utilizado em cada uma (**anexo VI**).

### **3.4.3. Reflexão e Limitações da Intervenção em Grupo**

Ao nível da assiduidade dos participantes nestas sessões e à participação destes ao longo das sessões foram globalmente satisfatórias.

Esta atividade contou com algumas dificuldades ao nível mobilidade dos idosos de um lar para o outro (pois, apesar de os lares serem um ao lado do outro, os idosos tinham algumas dificuldades de movimentar-se a pé), havendo também algumas dificuldades em apropriar dinâmicas do treino de habilidades sociais pelo facto de alguns dos idosos não poderem realizar as mesmas de pé.

Apesar do grupo ser pouco homogéneo os participantes interagiram facilmente e demonstraram bastante prazer e interesse nos temas abordados nas sessões, principalmente quando estas eram mais ativas e feitas em forma de interação, como por exemplo, dinâmica da escuta ativa.

Ao longo das sessões os elementos do grupo iam interagindo cada vez mais, o que permitiu que as habilidades comunicacionais, abordadas na sessão, fossem mais facilmente treinadas. Foi observada maior aceitação e compreensão do outro pela parte de todos os participantes e também comportamentos cada vez mais assertivos, tendo em conta os interesses e necessidades de ambos os intervenientes.

Tendo em conta a observação nas várias sessões e o feedback dos profissionais dos lares, esta intervenção resultou como algo bastante positivo, quer pelo facto de serem trabalhadas questões que em consulta individual seria mais complicado trabalhar, quer pela melhoria nos comportamentos observáveis da interação destes participantes com outros idosos e profissionais.

**- Ação de Sensibilização:  
“É Impossível Não Comunicar” -**

### **3.5. Ação de Sensibilização: “É impossível não Comunicar”**

#### **3.5.1. Fundamentação teórica da Ação de Sensibilização**

Numa instituição onde o trabalho interdisciplinar é importante para o bem-estar dos utentes e mesmo para haver boas relações profissionais, a comunicação torna-se um elemento fundamental para haver um ambiente saudável e eficaz na SCMS.

Esse trabalho interdisciplinar trás vantagens no planeamento dos serviços, reduzindo a rotatividade no trabalho e os custos relativos a esta, além de reduzir intervenções desnecessárias pela falta de comunicação entre os profissionais (Pinho, 2006).

Como defende Pinho (2006) em áreas que exigem um cuidado complexo, como a área de geriatria, os constituintes de uma equipa devem preservar as suas funções especializadas, mantendo uma boa comunicação com os outros, interagindo e tendo responsabilidades.

No entanto, na comunicação entre profissionais não basta comunicar, mas saber a melhor forma de comunicar com o outro, tendo em conta vários aspetos da comunicação interpessoal, dos estilos comunicacionais que o próprio e os outros podem adotar na relação profissional e ainda tendo algumas estratégias para solucionar possíveis conflitos. Além disso, há competências e habilidades relevantes no contexto de trabalho que contribuem para um ambiente mais saudável e eficaz, tais como: manter relações produtivas e satisfatórias neste contexto, resolver conflitos interpessoais e intergrupais, expressar sensibilidade e empatia, lidar adequadamente com as próprias emoções e as emoções dos outros, expressar-se de forma honesta e assertiva em situações interpessoais críticas, entre outras (Del Prette & Del Prette, 2006). Desta forma, o estilo comunicacional preferencialmente utilizado é o comportamento assertivo.

Assim, de acordo com Cañón-Montañez e Rodríguez-Acelas (2011), ser assertivo na área profissional trás benefícios tanto relativos a si ao nível da autoimagem e autoconceito, quer relativos ao seu trabalho podendo reduzir possíveis situações de *stress* e aumentar a qualidade, eficiência e competência dos cuidados e serviços prestados.

A ação de sensibilização intitulada de “É Impossível Não Comunicar” surgiu da necessidade demonstrada pela instituição de haver uma maior consciencialização da comunicação interpessoal entre os profissionais desta instituição, bem como, da

importância de uma comunicação afirmativa e de comportamentos assertivos para um melhor funcionamento institucional.

Embora o objetivo principal desta ação de sensibilização seja a comunicação ao nível das relações entre profissionais, achamos pertinente falar da comunicação de forma geral (comunicação interpessoal) e só em alguns aspetos mais importantes dar exemplos de comunicação profissional. Deste modo, permitia que cada colaborador refletisse sobre as suas relações com os outros profissionais, com o seu superior hierárquico, com os utentes e ainda acerca das suas relações pessoais.

Em anexo encontra-se a apresentação da ação de sensibilização em powerpoint (**Anexo VII**).

### **3.5.2. Planeamento da Ação de Sensibilização**

A presente ação de sensibilização foi elaborada para todos os colaboradores da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos, sejam eles auxiliares, monitores, diretores técnicos, funcionários de lavandaria, motoristas e, até mesmo, no Centro Social Comendadora D. Maria Eva Nunes Corrêa (Silveiros), às educadoras de Infância.

Esta foi realizada em diferentes horários e em dias diferentes para que vários colaboradores pudessem comparecer a ação de sensibilização, não havendo o problema dos diferentes turnos. Além disso, foram feitas duas das ações no Centro Social de Silveiros de modo a que não se tornasse longe o local de formação para os profissionais desta instituição. Deste modo, as ações de sensibilização foram realizadas nos dias 5, 7 e 13 de Setembro de 2012 conforme segue no **Quadro 6**.

<b>Dias</b>	<b>Nº de ações</b>	<b>Horas</b>	<b>Nº de participantes</b>	<b>Locais</b>
<b>5 Setembro</b>	2	14:30h-15:30h	8	Serviços
		17:30h-18:30h	6	centrais da
<b>7 Setembro</b>	1	11:30h-12:30h	10	SCMS
<b>13 Setembro</b>	2	14:30h-15:30h	12	Centro Social
		16:30h-17:30h	6	Comendadora D. Maria Eva Nunes Corrêa (Silveiros)

**Quadro 6 (Caracterização das Ações de Sensibilização)**



**Objetivo Geral:**

- Fornecimento de informação aos auxiliares e colaboradores da SCMS, relativamente a comunicação interpessoal.

**Objetivos Específicos:**

- Consciencializar os participantes sobre a comunicação interpessoal, sabendo que, mesmo não tendo intenção de o fazer, através da comunicação não-verbal, estão a comunicar, daí o nome da ação de sensibilização: “É Impossível Não Comunicar”.
- Possibilitar uma maior compreensão dos estilos comunicacionais que cada um pode assumir nas suas relações, enfatizando essencialmente o estilo assertivo de comunicação.
- Permitir que cada colaborador reflita sobre as suas relações interpessoais e profissionais, ou seja, com outros profissionais, com os seus superiores hierárquicos, os idosos, ou mesmo a nível pessoal, com familiares.
- Promover o conhecimento e técnicas aos auxiliares para uma comunicação mais eficaz;
- Informar sobre estratégias e competências emocionais que conduzem à resolução mais eficaz de conflitos.

**Procedimentos:**

A ação de sensibilização começou com a apresentação dos formadores, onde estes mencionaram quais os objetivos inerentes a esta ação. De seguida foi iniciada a apresentação do tema “É impossível Não Comunicar”.

Posteriormente à apresentação desta ação de sensibilização também a psicóloga clínica (orientadora de estágio) apresentou a “Comunicação no Contexto Organizacional”.

No final, foi entregue uma ficha de avaliação (**Anexo VIII**), que foi preenchida por todos os participantes, com o objetivo de percebermos qual foi o grau de satisfação dos participantes relativamente à ação de sensibilização.

**Material:**

Foi utilizado um computador e um retroprojetor para a apresentação da ação de sensibilização. Também foram utilizadas fotocópias das fichas de avaliação e os certificados (**Anexo IX**).

### **3.5.3. Limitação na Ação de Sensibilização**

A presente ação de Sensibilização visou essencialmente cumprir um dos objetivos de estágio e treino de competências por parte das psicólogas estagiárias.

Visto ser demonstrada por parte de alguns profissionais dificuldades comunicacionais entre estes, seria interessante fazer uma Psico-educação acerca da comunicação interpessoal e profissional, permitindo o treino de competências comunicacionais e a mudança de possíveis comportamentos menos ajustados. No entanto, perante as condições fornecidas pela instituição e o tempo disponibilizado, apenas foi possível fazer ações de Sensibilização com o objetivo de informar os colaboradores acerca de alguns aspetos importantes da comunicação. A partir desta informação fornecida pretendíamos que os participantes pudessem refletir e talvez ter em conta estes aspetos nas suas comunicações interpessoais e profissionais.

Deste modo, há poucas crenças positivas acerca da mudança de comportamentos com esta ação de sensibilização.

### **3.5.4. Reflexão sobre a participação na Ação de Sensibilização**

Vendo o balanço final da adesão dos colaboradores às ações de sensibilização, este foi satisfatório, no entanto, visto haver o cuidado por parte das estagiárias, da psicóloga clínica e da instituição em realizar as ações em diferentes horários, pensamos que esta adesão poderia ser maior.

Quanto à avaliação feita pelos participantes desta ação de sensibilização, todos mencionaram ser pertinente e que deveriam participar mais colaboradores, pois, o comportamento organizacional, segundo estes, seria mais fácil de melhorar se todos conseguissem perceber melhor o outro e soubessem lidar com o outro de forma assertiva. Portanto, de uma forma geral, houve participação ao longo das ações por parte dos colaboradores e todos eles se mostraram satisfeitos com estas.

Após as ações de sensibilização foi entregue um certificado de participação a cada colaborador.

## **- Outras atividades -**

### 3.6. Outras atividades

Para além das atividades que deveriam ser feitas no âmbito do estágio foram propostas pela instituição, a elaboração de um folheto que aborda a temática do Alzheimer e a participação na elaboração do questionário, bem como, a aplicação do mesmo no projeto “Conhecer e Apoiar – Seniores de Barcelos”.

A elaboração do folheto “O Alzheimer e Nós” partiu da necessidade desta instituição em informar os familiares e cuidadores sobre as principais alterações cognitivas e comportamentais desta doença, bem como, sinalizar alguns cuidados a ter com estas pessoas. Deste modo, a psicóloga clínica juntamente connosco (estagiárias de psicologia), elaboramos o folheto que segue em anexo, baseando-nos no livro “*Doença de Alzheimer: Exercícios de estimulação*” (Nunes & Pais, 2006). **(anexo X)**.

Quanto ao “Conhecer e Apoiar – Seniores de Barcelos”, este é um projeto de carácter social, desenvolvido através do projeto de voluntariado ELOS, numa parceria da SCM de Barcelos com a junta de freguesia de Barcelos. Este tem como objetivo melhorar o conhecimento da situação em que vivem os idosos da cidade de Barcelos e estruturar um plano de apoio nas situações que o exijam, visando através deste combater o isolamento social dos idosos da freguesia de Barcelos. Deste modo, foi-nos proposto que participássemos, desde a primeira fase do projeto, na elaboração de um questionário demográfico que recolhesse informação sobre as principais necessidades dos idosos Barcelenses. E que, posteriormente, participássemos na ação de recenseamento desta população, fazendo parte de uma equipa credenciada e que, de forma identificada, se iriam deslocar à casa dos idosos, previamente alertados via CTT desta visita, de modo a proceder ao inquérito e recolha de informação relevante. Assim, segue em anexo o inquérito e a identificação utilizada na ação de recenseamento **(anexo XI)**.

Também pela nossa parte (Estagiárias de Psicologia) foi proposto à instituição que formássemos um grupo de idosos de forma a realizar uma atividade semanal que abordasse temas ecológicos (como a atividade de cultivo e a ligação à natureza), servindo esta atividade como terapia ocupacional. Esta atividade teria como objetivos, aumentar o convívio entre os membros do grupo, manter a execução de algumas atividades, aumentar a autoestima, o sentimento de utilidade (sentir-se útil), produtividade, o cuidar do outro e proporcionar momentos de ligação com a natureza.

Na literatura a jardinagem, ou outras atividades de cultivo, são uma forma diferente de aumentar os níveis de atividade física e manter a mobilidade e flexibilidade de uma forma agradável, pois exercitam o corpo em vários aspetos exigindo vários movimentos. Além disso, estimula vários sentidos e sensações através dos cheiros das plantas, das suas cores e das diferentes texturas, e desenvolve habilidades mentais como a imaginação e atenção (Araújo, 2011).

Estas atividades também podem ser vantajosas no sentido de permitir utilizar diferentes habilidades motoras, desenvolver o controlo das mãos, prevenir doenças como a osteoporose, estimular o interesse pelos espaços envolventes e promover o relaxamento e a sensação de bem-estar (Araújo, 2011).

Visto estas atividades serem de grande potencial para o bem-estar físico e psíquico de todas as pessoas, essencialmente para pessoas mais velhas (Araújo, 2011), elaborou-se um projeto chamado “*O Cantinho da Misericórdia*”. Segue em anexo a caracterização do projeto e a planificação com o resumo das tarefas das sessões apresentadas ao grupo (**anexo XII**).

Foi-nos sugerido pela psicóloga clínica (orientadora) que seria interessante continuarmos com o mesmo grupo de intervenção anterior (grupo “Ora faço eu, ora faz Tu”), uma vez que, também poderiam ser treinadas e reforçadas, num ambiente mais natural, algumas das habilidades sociais abordadas na intervenção anterior.

Com esta iniciativa pretendeu-se que, para além dos objetivos descritos anteriormente, os participantes do grupo pudessem pôr em prática, de forma ativa e cativante, as diferentes habilidades sociais que foram treinadas, estimuladas, aprendidas e promovidas nas sessões de grupo, nomeadamente: a relação de entreajuda, a partilha de conhecimentos, compreensão e aceitação do outro, organização, atividade social e produtiva, ocupação, responsabilidade, motivação, assertividade e promoção das relações interpessoais.

O balanço desta atividade mostrou-se positivo, pois, para além da satisfação demonstrada pelos participantes no contacto com a natureza, estas atividades foram uma forma diferente e agradável de manter alguma mobilidade e melhorar habilidades importantes às relações interpessoais entre eles.

Deste modo, no final destas atividades, proporcionou-se um momento com os participantes, as estagiárias de psicologia e as diretoras dos lares, em que mostramos um vídeo (com fotos das atividades) e “celebramos” os momentos passados nestas atividades.

## **- Reflexão -**

#### **4. Reflexão Individual:**

A experiência de estágio curricular foi uma experiência bastante enriquecedora, quer a nível profissional, quer a nível pessoal. Apesar de, durante os anos de formação académica me dedicar também ao voluntariado em várias instituições e lidar com diferentes faixas etárias (o que ajuda na perceção que se tem de certas realidades), até então, o contacto com a população idosa ainda não se tinha proporcionado.

Ao nível profissional o estágio curricular numa instituição de excelência como a Santa Casa da Misericórdia de Barcelos e com uma população idosa veio aprofundar e pôr em prática alguns conhecimentos que até ao momento era mais teóricos. Na presente instituição proporcionaram-se diversos momentos de aprendizagem, quer ao nível do conhecimento do contexto particular da SCMS e do seu funcionamento, quer da população idosa, ao nível da intervenção psicológica neste tipo de população.

O contacto com idosos permitiu não só aprofundar conhecimentos da formação académica como também possibilitou refletir sobre as histórias das suas vidas, dos diversos caminhos percorridos por cada um, das suas expectativas de futuro, das suas dificuldades, dos seus pensamentos e sentimentos, enfim, das suas experiências e lições de vida. Além disso, permitiu observar algumas problemáticas que fragilizam muitos dos idosos, como: a falta de suporte social, o isolamento, a depressão, os conflitos próprios de situações como as anteriores, algumas doenças como as demências, a perda de entes queridos/o luto, entre outras fragilidades emocionais e psicológicas.

Relativamente à observação, avaliação e intervenção dos diversos casos apresentados neste relatório, estas mostraram-se bastante proveitosas para o desenvolvimento de competências que um profissional de psicologia deve ter, tais como: a empatia, as competências de comunicação verbal e não-verbal, a compreensão e tolerância, o apoio incondicional, o estabelecimento de relações de confiança, entre outras.

Também as atividades propostas para alguns destes casos foram pensadas no sentido de dar resposta às várias problemáticas, respeitando sempre a ética e deontologia profissional e tendo em conta os valores da instituição e o bem-estar dos utentes.

De salientar que, a instituição gosta de ver os seus utentes envolvidos em várias atividades e valoriza o papel do psicólogo, como tal, sob orientação da Dra. Sofia, deixaram-nos “à vontade” para propor novos projetos, novas intervenções e

disponibilizando sempre, dentro do possível, material ou algum tipo de ajuda por parte dos profissionais. Também o contacto com outros profissionais foi útil para perceber o importante papel da interdisciplinaridade para o bem-estar dos utentes.

Em relação às expectativas dos resultados terapêuticos, com alguma ansia de poder ajudar os utentes e de pôr em prática muito do que se aprendeu na formação académica, inicialmente, foi um pouco complicado, pois os resultados, muitas vezes, não são tão rápidos como o profissional gostaria e, por isso, houve alguns sentimentos de frustração, medo e dúvidas que, muitas vezes, fizeram refletir sobre as competências pessoais e profissionais, questionando se o que estava a ser feito seria o mais adequado, se estaria a fazê-lo da melhor forma, se haveria algo que não deveria ser feito daquela forma e deveria ser de outra. Contudo, e apesar das dificuldades iniciais, todas elas foram positivas no sentido em que promoveram o conflito pessoal que proporcionou a procura de soluções, de escolha e de reinterpretação.

O apoio demonstrado pela Dra. Sofia e pelo Dr. Rui também foram muito importantes neste processo de aprendizagem e nos momentos de alguma frustração. Estes, como profissionais com alguns anos de experiência, permitiram-me perceber que essas dúvidas e frustrações são algo com que o psicólogo muitas vezes tem de se confrontar, pois, nem sempre conseguimos obter os resultados de forma tão rápida como a que esperávamos ter. Além disso, aceitei que teria de me guiar pelo processo de cada um e não pelos resultados que muitas vezes esperava, pois cada pessoa tem o seu processo, uns mais rápidos, outros mais lentos.

Com estas experiências percebi que apesar de serem fundamentais, os anos de teorias na universidade, são insuficientes. Senti que a prática vai-nos fortalecendo enquanto profissionais, pois há aspetos que não se aprendem nos manuais, aprendem-se na relação com o outro, numa relação terapêutica de confiança, empatia e apoio incondicional, escutando, percebendo e olhando para o outro como um ser humano único e diferente de qualquer outro ou de uma estatística. Deste modo, percebemos que a prática é mais complexa do que, muitas vezes, é apresentada na teoria. Com tudo isto, tenho a consciência que ainda há um caminho longo a percorrer. No entanto, confiança nas minhas competências foi aumentando ao longo deste estágio, sentindo-me mais preparada para o estágio profissional e para o mundo do trabalho.

Neste sentido o balanço final revelou-se positivo ajudando no desenvolvimento profissional e pessoal, sentindo gratidão por todos os utentes, profissionais e colaboradores da instituição que se cruzaram comigo neste processo de aprendizagem.



## **- Bibliografia -**

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4.<sup>a</sup> edição, texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Assembleia da República (1994). Lei nº 241/94 de 22 de Setembro de 1994. *Lei do Psicólogo Clínico*.
- Araújo, L., & Melo, S. (2011). Relacionar-se com os outros. O. Ribeiro & C. Paúl (Ed.), *Manual de Envelhecimento Activo*. (pp. 141-170). Lisboa: LIDEL.
- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. O. Ribeiro & C. Paúl (Ed.), *Manual de Envelhecimento Activo*. (pp. 13-44). Lisboa: LIDEL.
- Bahls, S-C., & Navolar, A. B. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental: Conceitos e Pressupostos Teóricos*. Revista Eletrónica de Psicologia, 4. [On - line]. Available: [http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia\\_cog.pdf](http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia_cog.pdf) (12 de Dezembro de 2011).
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2007). *Psicopatología*. Madrid: Thomson Editores Spain.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). *Escala de depressão geriátrica: Tradução Portuguesa da Geriatric Depression Scale, de Yesavage, et al.* Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Boada, M. & Tárraga, L. (2003). *Cuadernos de Repaso: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer em fase moderada*. Barcelona: Editorial Glosa.
- Bolsini-Silva, A. T. (2002). Habilidades Sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação em Psicologia*, 6 (2), 233-242.
- Brito, S. (2003). Psicologia Clínica – procura de uma identidade. *Revista de Psicologia*, 1, 63-67.
- Camões, C., Gonçalves, A. & Pereira, F.M. (2005). *Reabilitação na doença de Alzheimer*. [On - line]. Available: [www.psicologia.pt/artigos/textos/A0244.pdf](http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0244.pdf). (14 de Março de 2012).
- Canavarro, M. (1995). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 95-109 (Simões, M., Gonçalves, M., & Almeida, L. – Eds.). Braga: APPORT/SHO.
- Cañón-Montañez, W. & Rodríguez-Acelas, A. L. (2011). Assertividade: una habilidade social necessária en los profesionales de enfermeira y fisioterapia. *Texto Contexto Enferm*, 20, 81-87.

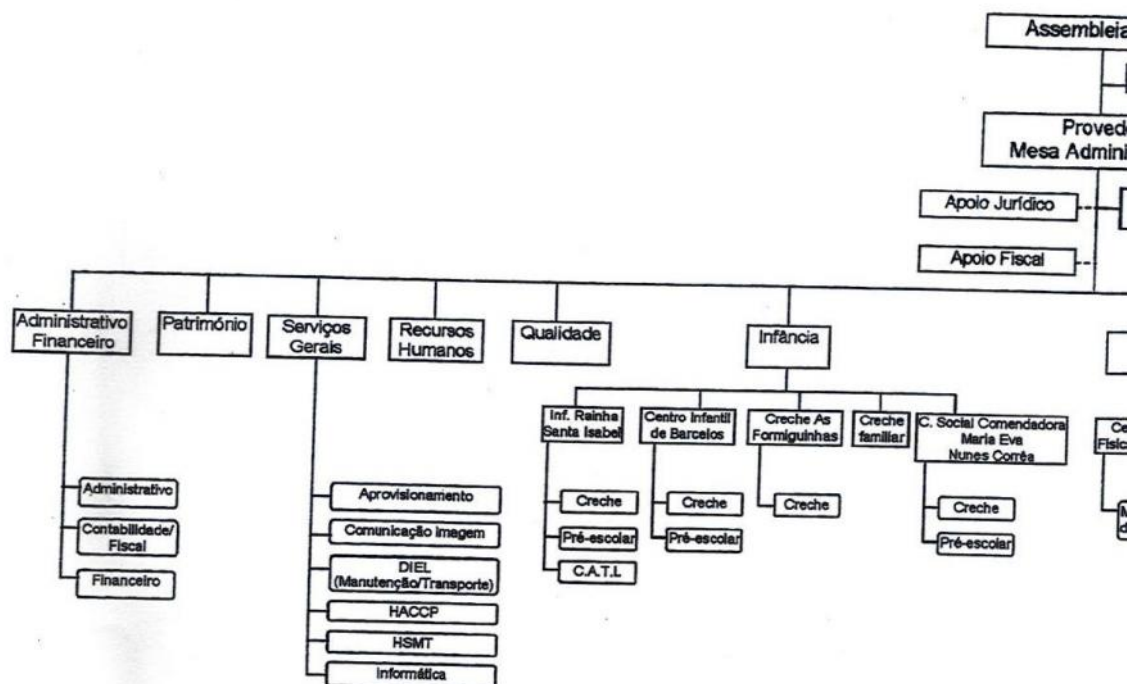
- Carneiro, R. S. & Falcone, E. M. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9 (1), 119-126.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D. & Prette A. D. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com habilidades sociais. *Psicologia : Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229-237.
- Coelho, C. S & Palha, A. J. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Edições.
- Corrêa, S. E. & Silva, D. B. (2009). Abordagem cognitiva na intervenção terapêutica ocupacional com indivíduos com Doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12 (3), 463-474.
- Costa, A. (2005). A depressão nos idosos Portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Ed.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. (pp. 159-176). Lisboa: Climepsi Edições.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. Relações interpessoais e habilidades sociais no âmbito do trabalho e das organizações. Texto online, disponibilizado em <http://www.rihs.ufscar.br>, em Dezembro de 2006.
- Dittrich, A., Strapasson, B. A., Silveira, J. M., & Abreu, P. R. (2009). Sobre a Observação enquanto procedimento metodológico na Análise do comportamento: Positivismo lógico, Operacionismo e Behaviorismo radical. *Psicologia: teoria e prática*, 25 (2), 179-187.
- Dougher, M. J., & Hackbert, L. (2003). Uma explicação analítico-comportamental da depressão e o relato de um caso utilizando procedimentos na aceitação. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5 (2), 167-184.
- Fennell, M. J. (1997). Depressão. K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Ed.), *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos. Um guia prático*. (pp. 241-331). São Paulo: Livraria Martins Fontes.
- Fernandes, A., Magalhães, C. P., & Antão, C. (2012). *Sono e Envelhecimento*. [On - line]. Available: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/6787/1/SONO%20E%20ENVELHIMENTO.pdf> (14 de Abril de 2012).
- Ferreira, P. L. (2000) Criação da versão Portuguesa do MOS SF36: Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13 (3), 119-127.

- Gonçalves, D. C., Albuquerque, P. B., & Martín, I. (2008). Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações. *Análise Psicológica*, 1, 101-110.
- Gonçalves, D. C., & Martín, I. (2007). Intervenção na Depressão Geriátrica através da Reminiscência. *Psicologia Argumento*, 25 (51), 371-384.
- Gonçalves, O. (2004). *Terapias cognitivas: Teorias e Práticas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Guerreiro, M., Fonseca, S., Barreto, J. & Garcia, C. (2003). *Escala de Avaliação da Doença de Alzheimer (ADAS-COG): Tradução Portuguesa de Alzheimer Disease Assessment Scale, de Mohs, Rosen e Davis*. Lisboa: Grupo de estudos de envelhecimento cerebral e demência.
- Guerreiro, M., Silva, R. L., Botelho, Leitão, Caldas, A. C. & Garcia, C. (1993). *Adaptação Portuguesa da Mini-Mental State - MMS*. Lisboa: Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz.
- Leal, I., & Ribeiro, J. (1996). Psicologia Clínica e da Saúde. *Análise Psicológica*, 4 (14), 589-599.
- Lima, M. P. (2004). *Posso participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Lisboa: AMBAR.
- Manãs, I. M., Justo, C. F., & Martínez, E. J. (2011). Reducción de los niveles de estrés docente y los días de baja laboral por enfermedad en profesores de educación secundaria obligatoria a través de un programa de entrenamiento en *Mindfulness*. *Clínica y Salud*, 22 (2), 121-137.
- Maroto, M. A. (2002). *Traller de memoria. Publicaciones de psicología aplicada*. (2ª edição). Madrid: TEA ediciones, S. A.
- Maurício, I. L. (2010). O envelhecimento Activo / Depressão em Pessoas Idosas – Que intervenção nos cuidados de saúde primários em Portugal?. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca*, 8 (12), 55-65.
- Menezes, C. B., & Dell’Aglia, D. D. (2009). Porque meditar? A experiência subjectiva da prática de meditação. *Psicologia em Estudo*, 14 (3), 565-573.
- Murta, S. G. (2005). Aplicação do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 283-291.
- Neri, A. L. (2004). Contribuições da Psicologia ao Estudo e à Intervenção no Campo da Velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1 (1), 69-80.

- Nunes, B., & Pais, J. (2006). *Doença de Alzheimer: Exercícios de estimulação*. (volume 1 e 2). Lisboa—Porto: LIDEL.
- Quintana, M., & Fernández, M. E. (2011). Eficacia del etrenamiento en Mindfulness para pacientes com fibromialgia. *Clínica e Salud*, 22 (1), 51-67.
- Pedinilli, J. L. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi.
- Pinho, M. C. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências e Cognição*, 8, 68-87.
- Portugal, J. & Azevedo, M. J. (2011). Otimize o seu bem-estar. O. Ribeiro & C. Paúl (Ed.), *Manual de Envelhecimento Activo*. (pp. 205-338). Lisboa: LIDEL.
- Raymundo, M. (2000). O contacto com o paciente. In A. J. Cunha (Col.), *Psicodiagnóstico-V*. (5ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia em idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4 (25), 543-557.
- Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social. *Análise psicológica*, 3 (XVII), 547-558.
- Rissardi, G. G., & Godoy, M. F. (2007). Estudo da aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson modificada nas respostas das variáveis cardiovasculares e respiratórias de pacientes hansenianos. *Arquivo Ciência e Saúde*, 14 (3), 175-180.
- Salgueiro, H. D. (2007). Determinantes psicossociais da depressão no idoso. *Revista Nursing*, 7-11.
- Souza L. P, Forgione, M. C., & Alves, V. L. (2000). Técnicas de relaxamento no contexto da psicoterapia de pacientes com queixas de dor crónica e fibriomialgia – uma proposta. *Acta Fisiátrica*, 7 (2), 56-60.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza D. I., & Costa, J. L. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Motriz*, 8 (3), 91-98.
- Tárraga, L. & Boada, M. (2003). *Caudernos de Repaso: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada*. Barcelona: Fundació ACE.
- Vaz, S. F. & Gaspar, N. M. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (4), 49-58.
- Young, H., & Vitaliano, P. (2007). Methods in Health Psychology: Relevance to Aging. In Aldwin, C., Park, C., & Spiro, A. (Ed.) *Handbook of Health Psychology and Anging*. New York: The Guilford Press.

## **- Anexos -**

## **- Anexo I -**



Elaborado:

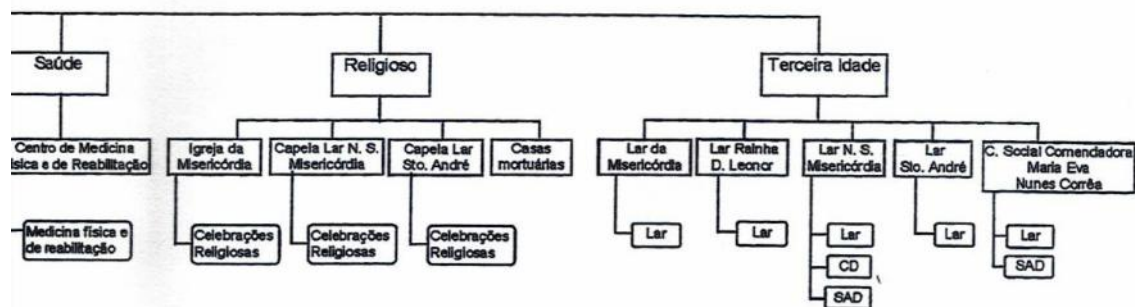


Área Geral

Definitório

Coordenação  
Administrativa

Núcleo da Qualidade/  
Resp. Processos



*[Handwritten signatures and notes]*

Aprovado: 12-09-2011

## **- Anexo II -**

### **3.2.2. Processo 2**

#### **Identificação:**

C. do sexo feminino, tem 87 anos de idade, é viúva e tem a 4ª classe. É natural de Barroelas (Viana do Castelo) e encontra-se num dos lares, da SCMS, há cerca de 5 ou 6 anos.

#### **Encaminhamento/ Tipo de pedido:**

A utente foi encaminhada para consulta de psicologia por apresentar alguma tristeza, dores de cabeça sem explicação aparente e algum desinteresse em sair do seu quarto. Deste modo, foi pedida a consulta de acompanhamento individual.

#### **Problema:**

A Sra. C. queixa-se, principalmente, das dores de cabeça que a deixa sem disposição para mais nada, tendo, muitas vezes, de se recolher no seu quarto ou até mesmo ficar na sua cama “*Só estou bem com a cabeça na almofada...*” (sic.). Nos dias em que tem essas dores diz que não quer barulho, pois, sente-se confusa e não quer que falem com ela, nem quer sair do quarto.

Esta também menciona várias vezes que o facto de perder cada vez mais a sua visão e audição a deixa triste. A Sra. C. usa óculos e aparelho auditivo no ouvido esquerdo, no entanto, e apesar disso, sente cada vez mais dificuldades nestes dois sentidos “*Eu vejo muito mal e oiço muito mal...*” (sic.).

Deste modo, a crença que esta tem acerca do seu problema, quer das dores de cabeça, quer da perda de audição e visão, é que este será o fim da sua vida; “*A idade já começa a pesar...*” (sic.). Além disso, acredita que este sofrimento é algo pelo qual tem de passar para “*alcançar o céu*”, pois, segundo ela, “*Deus também sofreu e suportou*” (sic.), então ela também tem de suportar; “*Estou à espera que o Senhor me venha buscar... e enquanto isso tenho de sofrer... Deus também sofreu na sua morte...*” (sic.).

#### **Observação/ Estado Mental:**

A utente apresentou-se sempre orientada auto e alopsiquicamente. Ao longo das consultas C. nem sempre se mostrou colaborante, pois, muitas vezes, queixava-se de dores de cabeça, dizendo que naquele dia não podia falar, que só queria descansar a cabeça. O seu comportamento sempre foi adequado e o humor variava entre depressivo

e neutro. Verificou-se, dentro do possível, uma linguagem adequada ao seu nível educacional e organização do discurso, apesar de um pouco dirigido para a sintomatologia (dores de cabeça, visão e audição). Salienta-se ainda que não se verificaram problemas de memória. Para além disso, não se verificaram alucinações nem delírios. A utente manteve o contacto ocular e apresentou-se com vestuário adequado à temperatura atmosférica. A idade aparente é igual à idade real.

### **Breve descrição da História do Desenvolvimento Psicossocial e Institucional**

A Sra. C. nasceu em Barroselas, distrito de Viana do Castelo, numa família de 5 irmãos, em que o seu nível socioeconómico era considerado médio.

Quanto à sua relação com os seus irmãos (duas irmãs e três irmãos), a utente refere que sempre se deram bem. Quando eram crianças, os seus irmãos discutiam entre eles, de vez em quando, embora os pais intervissem de forma a conciliar e educar. De momento, apenas três dos irmãos estão vivos e a morar em lares, sendo que, um irmão está num lar em Lisboa, uma irmã está num lar em Barroselas e outra está com o marido num lar em Viana do Castelo. A única das irmãs com quem ainda vai mantendo contacto é com a que está geograficamente mais próxima, em Barroselas.

A sua mãe era costureira, embora trabalhasse mais como doméstica, e o seu pai tinha uma fábrica para fornecimento de madeira. A Sra. C. refere que a relação com estes era muito boa “ *A minha mãe era muito minha amiga... O meu pai também... e era muito boa pessoa, muito boa pessoa...* ” (sic.). A relação entre os seus pais também era muito boa, sendo que, o pai tratava a sua mãe pelo diminutivo de nome e “*...era muito carinhoso com ela...* ” (sic.). Quanto à sua educação esta refere que os seus pais “*Impunham respeito mas sempre com uma postura calma...* ” (sic.).

No que diz respeito à sua infância esta recorda ser uma criança feliz e bem-comportada, apesar de, em algumas situações, ser um pouco “*traquina*”. A nível académico, estudou até fazer a 4ª classe e a sua relação com os seus colegas de escola era boa. Recorda que apanhava palmadas nas mãos enquanto aprendia na escola, “*...mas como era traquina dizia à professora: - Agora dá-me tu, quando for a minha vez vão ver...* ” (sic.). Após terminar a 4ª classe esta decidiu ficar em casa a ajudar a sua mãe.

A sua adolescência recorda-a como sendo normal. Trabalhava em casa, saía com as amigas de vez em quando, ia ao Domingo à missa e, muitas vezes, ia rezar o terço.

Aos 22 anos casou e conta que a sua relação com o marido era muito boa; *“Ele era muito bom comigo, era um amor na nossa vida de casados... Muito bom... era um anjo... E passeávamos muito...”* (sic.). Conta que tinham muitas afinidades e uma das características em que eram muito parecidos era o facto de serem *“...ambos amigos dos pobres... Mas ele era duas vezes mais...”* (sic.).

Deste casamento tiveram dois filhos (um rapaz e uma rapariga), sendo que o primeiro faleceu com alguns meses de vida. Conta que foi muito difícil quando perderam o filho, no entanto, o casal apoiou-se mutuamente e logo a seguir tiveram uma filha.

Após os 5 anos de casada e pouco tempo depois de a filha ter nascido, o marido adoece deixando-a viúva. Embora a Sra. C. não saiba explicar ao certo o que aconteceu, diz que o marido faleceu por negligência médica. Conta que este ficou doente dos pulmões e que, enquanto estava ao cuidado dos médicos, lhe deram uma medicação que ele não poderia tomar, pois era diabético. Também esta perda foi bastante significativa para a Sra. C., uma vez que, além de ter tido uma relação muito próxima com o seu marido, com este acontecimento, deixou de ter apoio deste para educar a filha.

Deste modo, após alguns anos a Sra. C. emigrou para a França com o objetivo de arranjar sustento para a filha deixando-a ao cuidado da sua mãe. Na França arranjou emprego como cuidadora do filho de um enfermeiro/parteiro Vietnamita, onde permaneceu até a criança terminar a escola. Diz que não tem saudades do casal, pois, eles tinham muitas discussões entre eles e que a Senhora era uma pessoa muito fria e distante, no entanto, tem muitas saudades da criança que esteve ao seu cuidado durante 8 anos.

Depois de alguns anos, voltou para Portugal, uma vez que a filha se casou, tendo-a convidado para morar com eles. Entretanto, nasceu a sua neta e 10 meses depois nasce também o seu neto, ficando estes a seu cuidado.

Diz que mantém uma boa relação, quer com a sua filha, quer com o seu genro (que refere ser como seu filho), quer ainda com os seus netos, dos quais participou muito ativamente na sua educação. Atualmente, todos eles a visitam semanalmente.

Há cerca de 5 anos, como a sua filha e o seu genro trabalhavam e não podiam cuidar desta permanentemente, achou que seria uma boa opção ir morar para um lar, pois sentia que poderia ser um “fardo” para a sua filha. Assim, refere que esta é a sua casa e, mesmo quando vai a casa da filha passar uns dias, gosta de voltar rapidamente.

Na instituição, a Sra. C. diz que mantém uma boa relação quer com os profissionais, quer com outros idosos.

### **Avaliação Psicológica/ Resultados:**

Foi aplicada a entrevista semi-estruturada para averiguar a história da utente, bem como dados relativos ao problema apresentado por esta. Para além da entrevista, foram utilizados instrumentos complementares de avaliação, sendo estes: a Escala de Depressão Geriátrica e a Escala de Satisfação com o Suporte Social.

Na *Escala de Depressão Geriátrica*, C. apresenta Depressão Ligeira com 16 pontos.

Quanto à *Escala de Suporte Social*, em relação à Satisfação com os Amigos, C. tem 18 num total de 25, Intimidade tem 9 num total de 20, Satisfação com a família tem 10 num total de 15 e nas Atividades Sociais tem 8 num total de 15, ou seja, apenas a questão da Intimidade se encontra um pouco abaixo do normal.

### **Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2002)**

- **Eixo I:** 309.0 Perturbação da Adaptação Com Humor Depressivo Aguda [F43.20]
- **Eixo II:** V71.09 Sem diagnóstico [Z03.2]
- **Eixo III:** 369.9 Perda de Visão  
389.9 Perda de audição
- **Eixo IV:** Nenhum
- **Eixo V:** 60 (no momento da avaliação)  
70 (no momento atual)

### **Diagnóstico Diferencial:**

Tendo em conta a sintomatologia que a Sra. C. apresentava no momento da avaliação inicial, os sintomas emocionais e comportamentais como reação a fatores como a perda de audição e perda de visão, esta parece apresentar perturbação da adaptação. Estes fatores provavelmente também influenciavam para as suas dores de cabeça e contribuíam para o seu isolamento dentro do quarto, não querendo participar em atividades sociais. Deste modo, os sintomas depressivos são acrescentados à perturbação da adaptação.

**A Perturbação da Adaptação** é diferenciada de (APA, 2002):

Episódio Depressivo Major, uma vez que, os critérios na primeira não são preenchidos os critérios da segunda. Assim, embora no caso da Sra. C. esta tenha humor um pouco depressivo, este não é todos os dias nem durante quase todo o dia (apenas apresenta humor depressivo nos dias em que tem mais dores de cabeça e quando fala nas suas perdas de visão e audição). Também não são preenchidos os critérios alterações no sono, no apetite, nem lentificação psicomotora, ou seja, não preenche critérios suficientes para Episódio Depressivo Major.

Perturbações da Personalidade, pois, apesar de estas serem agravadas por situações de *stress*, em geral não é feito o diagnóstico de Perturbação da adaptação. No entanto, se sintomas não característicos de Perturbação de Personalidade aparecerem como resposta a uma situação de *stress*, o diagnóstico adicional de Perturbação de Adaptação, poderá ser apropriado.

Perturbação Sem Outra Especificação, pois, se os sintomas persistirem para além dos seis meses após o *stress* ou as suas consequências terem cessado, o diagnóstico deve ser alterado para outra perturbação mental, geralmente, uma Perturbação Sem Outra Especificação. Deste modo, como o fator de *stress* da Sra. C. não cessou (esta continua a ter perda de visão e audição) o critério do tempo não é possível verificar-se.

Perturbação de Stress Pós – Traumático e Perturbação Aguda de Stress, uma vez que, apesar de todas elas requerem a presença de um fator de *stress*, as duas primeiras são caracterizadas pela presença de um fator de *stress* extremo e um conjunto específico de sintomas, o que já não ocorre com a Perturbação de Adaptação, já que esta pode ser desencadeada por um fator de *stress* de qualquer gravidade e pode envolver uma grande variedade de sintomas possíveis. No caso da Sra. C., embora o fator de *stress* seja muito significativo para ela, não é um fator extremo que apresente os sintomas específicos da Perturbação de Stress Pós – Traumático e da Perturbação Aguda de Stress.

Fatores Psicológicos Que Afetam o Estado Físico Geral, pois, estes são sintomas psicológicos específicos, comportamentos ou outros fatores que agravam o estado físico geral, complicam o tratamento ou, por outro lado, aumentam os riscos de se vir a desenvolver um estado físico geral. Na Perturbação de Adaptação, os sintomas psicológicos desenvolvem-se em resposta ao *stress* de ter, ou tomar conhecimento, do diagnóstico de um estado físico geral. No entanto, é de salientar que ambas as perturbações, poderão estar presentes em alguns sujeitos.

Luto, uma vez que, este é diagnosticado quando há reação que é uma resposta previsível e esperada à morte de um ente querido. No entanto, é de salientar, que o diagnóstico de Perturbação de Adaptação, pode ser apropriado quando a reação é excessiva ou mais prolongada do que o previsível.

Efeitos fisiológicos diretos de um Estado Físico Geral, uma vez que, nesta os sintomas são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de um estado físico geral (como e.g., o déficit funcional transitório que está associado com a administração de quimioterapia). No caso da Sra. C. os sintomas não são efeitos fisiológicos diretos da sua perda de visão e audição.

### **Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados**

A intervenção com a Sra. C. passou pelo estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, havendo compreensão e empatia. Esta relação de confiança, inicialmente, foi um pouco difícil de estabelecer, uma vez que, esta não queria interagir e relacionar-se com ninguém, querendo apenas isolar-se no seu sofrimento.

Ao longo das sessões, a utente oscilava entre dias em que tinha dores de cabeça, com humor depressivo e dias em que estava bastante bem, chegando mesmo a sorrir e utilizar o bom humor nas suas conversas. O seu discurso às vezes era um pouco depressivo devido às dores de cabeça, dizendo que este era o fim da sua vida e que tinha de sofrer, acreditando que, como Deus sofreu, ela também teria de sofrer. No entanto, ao longo das consultas e com o estabelecimento da relação terapêutica as suas queixas tornaram-se menores, aceitando, muitas vezes, falar mesmo com dores de cabeça.

Foi recolhida a sua História Clínica através do modelo de entrevista da Santa Casa da Misericórdia e utilizadas as escalas ESSS e EDG para a avaliação psicológica do seu humor depressivo e das suas queixas, fazendo a concetualização clínica do caso.

Deste modo, como a Sra. C. mostrava sintomatologia depressiva e alguns sintomas que pareciam, de certo modo, estar relacionados com a sua perda de visão e audição, foi elaborada uma intervenção baseada em técnicas cognitivo-comportamentais, nomeadamente a Reestruturação cognitiva e o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson. Também foram trabalhadas questões que a levassem a aceitar melhor a sua perda de visão e de audição, utilizando também o diálogo socrático para desconstruir um pouco a ideia que teria de sofrer isoladamente. Além disso, pretendeu-se motivar a Sra. C. a participar em atividades sociais e relacionar-se mais com o seu grupo de pares.



A reestruturação cognitiva tem como objetivo ajudar as pessoas a substituir pensamentos negativos, e muitas vezes disfuncionais, por outros menos depressivos e quem sabe mais realistas (Barlow & Durand, 2007). Esta é baseada na terapia cognitiva de Beck que postula que os sintomas depressivos são, muitas vezes, resultado de uma tendência para interpretar alguns acontecimentos da sua vida de forma negativa, em vez de tentar ver o sentido positivo dos acontecimentos (Beck, 1967, 1976, cit in Barlow & Durand, 2007).

Em relação o relaxamento muscular progressivo de Jacobson, tem como objetivo diminuir as dores de cabeça e aliviar alguma ansiedade que a Sra. C. demonstrou. Segundo Souza, Forgione & Alves (2000) as pessoas, muitas vezes, contém angústias e sentimentos negativos que mais tarde se vêm a refletir sobre o seu corpo, sendo necessário que a pessoa perceba que a dor é um sinal de que o corpo precisa ser “ouvido”, uma vez que, não se conseguiu adaptar da melhor forma diante da situação de stress. Assim, através de exercícios de contração, relaxamento e atividades respiratórias coordenadas (Godoy & Rissardi, 2007), o relaxamento vai permitir a libertação de uma energia que está contida no corpo da pessoa através de pontos dolorosos ou bloqueios musculares (Souza, Forgione & Alves, 2000). Deste modo, o relaxamento é uma ótima estratégia para lidar com o *stress* e com as preocupações, promovendo por si só o bem-estar, pois pode ser utilizado mesmo que a pessoa não se sinta “*stressada*” (Portugal & Azevedo, 2011).

O método socrático, por sua vez, permite que o terapeuta e o utente trabalhem em conjunto para descobrir possíveis padrões de pensamento desadaptados, bem como, os esquemas que estarão por detrás desses pensamentos (Barlow & Durand, 2007).

Com a relação terapêutica estabelecida e a intervenção, as dores de cabeça da Sra. C. passaram a ser menos frequentes e o seu humor parece ter melhorado ao longo do tempo.

Também, os resultados dos testes EDG e ESSS aplicados no final da intervenção permitiram verificar que houve remissão parcial dos sintomas depressivos apresentados pela Sra. C. no início das consultas psicológicas.

## **- Anexo III -**

### 3.2.3. Processo 3

#### Identificação:

T., do sexo feminino, tem 87 anos de idade, é viúva e tem a 4ª classe. É natural de Prado, Vila Verde, esteve a morar em Braga e veio para o lar há cerca de 1 ano.

#### Encaminhamento/ Tipo de pedido:

A utente foi encaminhada para consulta de psicologia, uma vez que, apresentava um certo isolamento, tristeza e choro, devido ao falecimento do seu cônjuge (que tinha falecido à cerca de 4 meses). Deste modo, foi pedida consulta de acompanhamento individual.

#### Problema

A Sra. T. veio para o lar há cerca de um ano com o seu marido com quem tinha uma relação muito próxima. Há cerca 4 meses o seu marido adoeceu deixando-a viúva. Este acontecimento marcou-a muito, pois o marido morreu nos seus braços; *“Ele disse-me que estava com falta de ar... eu levantei-o, sentei-me na cama, encostei a cabeça dele ao meu peito e morreu...”* (choro) (sic.). Quando fala deste chora dizendo não se conforma com a morte dele, que tem saudades e sente muito a sua falta.

A utente é uma senhora com bastante autonomia mas desde que o seu marido faleceu esta perdeu o interesse pelas atividades feitas no lar. Também se queixa muito de dores de cabeça e passa quase todo o dia sentada, com a cabeça encostada a um dos pilares estruturais da sala de estar, a ver televisão e a observar as atividades que decorrem naquele dia; *“...Sinto a cabeça cansada, e com ela pousada no pilar estou bem...”* (sic.). Quando questionada acerca destas dores de cabeça, a Sra. T. admite que estas podem dever-se ao facto de às vezes dormir mal.

As atividades que a Sra. T. ainda vai participando, algumas vezes, de forma pouco ativa, são a ginástica e a “Hora do conto”. Esta recusa-se a participar na atividade de trabalhos manuais pois diz ter sido operada há 9 anos aos pulsos e aos joelhos e que lhe custa fazer trabalhos manuais por não conseguir agarrar materiais muito pequenos.

Além da tristeza, desinteresse pelas atividades e dores de cabeça, ao longo das consultas, a Sra. T. parece apresentar também alguns sintomas cognitivos, uma vez que, repete alguns assuntos. Por exemplo, em relação à sua casa diz em quase todas as

consultas; “...*Vai um filho de manhã abrir as janelas e vai fechá-las à noite...*” (sic.). No entanto, parece ter consciência de ter falhas de memória, mencionando-o.

### **Estado Mental/ Observação**

Inicialmente, a utente mostrou-se um pouco resistente às consultas terapêuticas, querendo apenas conversar na sala de estar. Posteriormente, com a relação terapêutica já estabelecida, foi-lhe explicado que seria melhor conversarmos noutra local, uma vez que, estaríamos mais à vontade para abordar certos temas. No entanto, esta recusou-se por várias vezes a sair da sala onde se encontrava, justificando-se com as dores de cabeça e o facto de não poder andar muito a pé! Apesar disso, foi feito um acompanhamento mais informal, pois esta demonstrou vontade de conversar e mesmo necessidade em falar sobre alguns assuntos; “*Eu falo com toda a gente, mas consigo falo mais... e falo coisas que não falo com mais ninguém... gosto muito de falar consigo*” (sic.). De uma forma geral, a utente estava orientada auto e alopsiquicamente. Também T. apresentava dores de cabeça, em alguns dias, que dizia ser de não ter dormido o suficiente durante a noite. O seu comportamento sempre foi adequado e apesar do choro apresentava humor neutro, apenas sendo depressivo só quando falava da morte do seu marido. A sua linguagem é adequada ao seu nível educacional, no entanto, em termos de discurso, algumas vezes, apresentava repetição de frases, parecendo haver uma certa perseveração; “*vai um filho de manhã abrir e depois vai à noite fechar*”. Em termos de memória parece haver pequenas alterações ao nível de recordação. Contudo, não se verificaram alucinações nem delírios. A utente manteve o contacto ocular e apesar de a indumentária ser escura (pelo luto) era adequada à temperatura atmosférica. A idade aparente é igual à idade real.

### **Breve descrição da História do Desenvolvimento Psicossocial e Institucional:**

A Sra. T. nasceu em Prado, Vila Verde, numa família de nível socioeconómico considerado médio, e com três irmãos.

Quanto as figuras, materna e paterna, a Sra. T. guarda recordações muito boas e “...*gostava tanto de um como de outro... eram ambos muito meus amigos*” (sic.). Em relação ao seu pai diz que era muito carinhoso consigo e recorda algumas situações acerca da sua educação. Refere que o maior castigo que este lhe podia dar era cortar o bigode, assim quando esta se portava mal o pai dizia que cortava o bigode e ela dizia: “*O bigode não paizinho, eu não volto a portar-me mal, mas não corte o bigode...*”

(*conta a sorrir e com uma lágrima no canto do olho*) (sic.). Em relação à mãe menciona que também gostava muito de si e que era muito sua amiga. Mesmo a relação entre os seus pais, esta diz que se davam muito bem. Recorda que a mãe adorava tecer e conta; “*O meu pai gostava muito da minha mãe e deu-lhe um tear... Ela passava muito tempo de volta do tear a tecer coisas para casa...*” (sic.). Refere, deste modo, que o modelo dos pais (relativamente a se darem muito bem e serem muito carinhosos um com o outro) passou para os filhos e que foram sempre muito felizes por isso.

Embora não tivesse aprofundado muito a descrição da relação com os seus irmãos, diz que sempre se deu bem com estes e que sempre foram todos muito amigos.

No que diz respeito à sua escolarização esta diz não ter estudado muito (3ª classe) mas sabe ler perfeitamente.

Quanto à sua Juventude, esta recorda os seus namoros e a forma como conheceu o marido. Diz que gostou muito dele mas que não foi logo uma paixão “arrebatedora”. Segundo a Sra. T. ele era uma pessoa muito bem perecida, filho dos donos de uma fábrica que fornecia a loja de uma tia dela. Assim, como a tia conhecia bem a família do seu marido incentivou-a ao namoro, dizendo que ele era muito boa pessoa, que tinha uma educação excelente e se saísse aos pais que poderia ser um bom marido. Recorda que trocaram fotografias e começaram a namorar, no entanto, este foi motivo de falatório na sua freguesia pois, como refere: “*Ele era muito concorrido pelas raparigas...*” (sic.) e ela tinha saído de um relacionamento alguns tempos antes. Deste modo criticavam-na; “*Diziam-me: Não tens rapazes para namorar cá na freguesia?*” (sic.).

A Sra. T. refere que sempre o amou muito e que eram muito amigos, ficando cada vez mais próximos ao longo do seu casamento. Conta que se casaram e que nunca se separaram; “*...nem quando ele ia para o estrangeiro em negócios me deixava sozinha em casa. E quando tínhamos os filhos arranjávamos sempre quem ficasse a tomar conta deles para eu ir com o meu marido...*” (sic.).

Deste casamento tiveram 7 filhos, 3 raparigas e 4 rapazes. A Sra. T. conta que todos os nomes dos seus filhos foram escolhidos como algo relativo ao casal, por exemplo, a primeira filha tem o mesmo nome que o seu, como homenagem que o seu marido lhe quis fazer e o seu primeiro filho tem o nome de A. (nome do seu marido).

Esta refere que os filhos sempre tiveram o exemplo dos pais e que, por isso, ainda hoje têm uma relação ótima. Refere que todos eles eram muito seus amigos e que, ainda

hoje, se coordenam de forma que a Sra. T. esteja com pelo menos um filho e que, a cada fim-de-semana, a levem a passear e a tragam de volta ao lar.

Relativamente à sua entrada no lar, esta conta que foi por decisão do seu marido, pois, a sua empregada doméstica faleceu e não encontravam alguém de confiança para cuidar deles do mesmo modo, assim, não queriam estar sozinhos em casa. Apesar de terem vindo para o lar por vontade própria, refere que sempre se sentiram um pouco presos, pois, como eram bastante ativos agora lhes metia alguma confusão passar dias no mesmo local.

Quanto à sua relação com os profissionais do lar, esta diz que se dá muito bem com toda a gente e que são todos muito atenciosos consigo.

### **Avaliação Psicológica/ Resultados:**

A avaliação da Sra. T. passou por uma entrevista não estruturada através de uma conversa mais informal, uma vez que, a utente demonstrou, por várias vezes, não querer sair da sala de estar (onde se encontravam mais utentes) e também se mostrou relutante a qualquer tipo de avaliação. No entanto, queria ter alguém com quem pudesse falar sobre assuntos que não fala com mais ninguém; “... *consigo falo de coisas que não falo com mais ninguém... Gosto muito de falar consigo...*” (sic.).

Assim, como já foi mencionado anteriormente, ao longo das sessões fui observando que, apesar de parecer um processo normal de luto, a Sra. T. ainda tinha alguns sintomas depressivos característicos da situação de perda. Esta ainda tem muitos sentimentos de tristeza pela falta que sente do seu marido; não aceita a perda do seu marido nem aceita que este tenha falecido; frequentemente chora quando fala na morte dele; perdeu o interesse pelas atividades do lar, afastando-se de algumas destas; tem muitas vezes dores de cabeça relatando um certo cansaço mental; e ainda, dificuldades com o sono.

Também ao nível da memória parece apresentar algumas dificuldades ao nível da recordação.

### **Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2002)**

- **Eixo I:** 296.22 Episódio Depressivo Major, Episódio Único, Moderado  
V62.82 Luto [Z63.4]
- **Eixo II:** V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2]
- **Eixo III:** 346.10 Enxaqueca comum
- **Eixo IV:** Morte do marido
- **Eixo V:** AGF = 70

### **Diagnóstico Diferencial:**

O luto normal é constituído por quatro fases: Negação, Revolta, Negociação, Depressão e sensação de perda; e Aceitação (Ross 1969 cit in Canavarro, 2011b). Assim, esta só fica totalmente resolvido quando todas estas fases são aceites e ultrapassadas. Deste modo, a Sra.T. parece ainda se encontrar na fase da Depressão e sensação de perda.

Tendo em conta a sintomatologia que a Sra. T. apresentava tais como: sintomas depressivos, choro ao falar no seu marido e na falta que ele lhe faz, um afastamento e evitamento das atividades feitas com o grupo de pares, e também, alguma dificuldade no sono relatada quando questionada acerca das suas dores de cabeça, esta parece ter um Episódio Depressivo Major, decorrente de um luto.

Segundo os critérios de diagnóstico do DSM-IV (APA, 2002), o **Episódio Depressivo Major** é diferenciado de:

Luto, pois, apesar de a Sra. T. não apresentar deficiência funcional, preocupação pré-mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora, esta apresenta dificuldades em aceitar a morte do seu marido, sentimentos de que a vida sem ele não tem sentido, bem como, sintomas característicos da Episódio Depressivo Major (sentimentos de tristeza durante a maior parte do dia, quase todos os dias; choro; perda de interesse por várias atividades quotidianas; dificuldades relativas ao sono, cansaço mental relatado quando diz ter dores de cabeça) que persistem por mais de dois meses.

Perturbação do Humor devida a Um Estado Físico Geral, uma vez que, nesta a perturbação do humor é consequência fisiológica direta de um estado físico geral em específico. No caso da Sra. T., esta apresenta dores de cabeça e alterações no sono, no entanto, o seu humor depressivo não é devido a essas situações, mas há morte do seu marido. Assim, se os sintomas não são consequência direta do estado físico geral, então torna-se apropriado o diagnóstico de Episódio Depressivo Major.

Perturbação do Humor Induzida por Substâncias, pois nesta os sintomas são devido ao consumo ou abstinência de uma substância, ou seja, a substância está etimologicamente relacionada com essa perturbação do humor.

Demência, uma vez que, nesta os sintomas têm uma história pré-mórbida de declínio das funções cognitivas e no Episódio Depressivo Major o estado pré-mórbido é relativamente normal, apresentando um declínio cognitivo abrupto associado à depressão. A Sra. T. parece apresentar algumas falhas de memória, no entanto, apesar de não ter tido oportunidade de fazer uma avaliação mais profunda das suas funções cognitivas, os sintomas apresentados por esta são ao nível da recuperação da informação, ou seja, recordação. Deste modo, parece não preencher os critérios para demência pois não se verificaram outras alterações cognitivas.

Perturbação Depressiva Major - Recorrente, pois, não houve um período de pelo menos 2 meses consecutivos em que os sintomas não preenchiam os critérios para Episódio Depressivo Major - Único.

Perturbação da Adaptação com Humor Depressivo, uma vez que, o primeiro ocorre em resposta a um agente *stressor* psicossocial, enquanto a segunda não preenche completamente os critérios para Episódio Depressivo Major.

Períodos de Tristeza, pois, estes são inerentes da experiência humana e não devem ser diagnosticados como Episódio Depressivo Major a não ser que sejam preenchidos os critérios de gravidade (cinco sintomas de um conjunto de nove), duração (maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas) e mal-estar clinicamente significativo, como é o caso da Sra. T.

Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação, que é mais apropriado para os quadros clínicos com humor depressivo, com deficiência clinicamente significativa que não preencham os critérios de duração e intensidade.

### **Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados**

Apesar de, neste caso, a intervenção ter sido feita de um modo mais informal, após o estabelecimento da relação terapêutica, baseada na empatia, na confiança e no apoio incondicional no seu sofrimento, foi utilizada a Promoção da Ventilação Emocional, utilizando fotografias (dela e do marido) que esta tinha no quarto. Esta foi incentivada também a falar sobre os seus sentimentos relativos a perda do marido até que pudesse significar esta situação de perda e aceitá-la.



Inicialmente, a Sra. T. falava da morte do seu marido salientando o momento em que este faleceu nos seus braços e na falta que ele lhe fazia. Ao longo das sessões esta foi falando de aspetos mais positivos, relembrando situações em que foi muito feliz com o seu ente querido.

O apoio familiar mostrou-se e tem-se mostrado no presente muito importante para a aceitação da perda e para a sua adaptação à sua situação. Todas as semanas os filhos se coordenam de forma a estar, pelo menos um deles, com a Sra. T. e levá-la a passar o fim-de-semana com eles. Neste sentido, as relações são âncoras que a faz sentir-se segura, apoiada e compreendida (Araújo & Melo, 2011).

Uma vez que, a Sra. T. também apresentava algumas crenças disfuncionais relativamente às suas capacidades motoras (pulsos e joelhos) foi usada a reestruturação cognitiva, utilizando também o diálogo socrático de modo a perceber quais os padrões de pensamento desajustados e confrontar os mesmos (Barlow & Durand, 2007).

Apesar de esta continuar a não participar de forma ativa na atividade de trabalhos manuais que tanto gosta de assistir, já vai fazendo a ginástica que entretanto tinha deixado de fazer. Desta forma, vai mantendo alguma mobilidade corporal incluindo os pulsos e joelhos (locais de que esta se queixava que não podia andar nem fazer os trabalhos manuais visto já terem “*passado a validade*” (sic.)).

Como também mostrou o seu gosto por plantas e flores, a Sra. T. foi incentivada a ter plantas na varanda do seu quarto para que pudesse cuidar delas. Assim, esta tem-se mostrado uma ocupação bastante benéfica, no sentido de melhorar o seu bem-estar, além de lhe permitir manter o controlo motor das mãos (pulsos) entre outros benefícios (Araújo, 2011).

## **- Anexo IV -**

### 3.2.4. Processo 4

#### **Identificação:**

M. C., do sexo feminino, tem 78 anos, é viúva e nunca estudou (sem escolarização). É natural de Arcozelo (Barcelos) e está num dos lares da SCMS há cerca de 1 ano.

#### **Encaminhamento/ Tipo de pedido:**

A Sra. M. C. foi encaminhada para os serviços de psicologia pelos enfermeiros do lar onde se encontra, por esta ser uma pessoa bastante apelativa e passar no consultório médico várias vezes ao dia. Segundo estes, C. quando vai à consulta com o seu médico queixa-se de tudo “*da cabeça aos pés*” e quer medicação para qualquer dor que tenha, o que nem sempre é possível pelos efeitos no organismo. Deste modo, foi pedida a consulta individual.

#### **Problema:**

A Sra. M.C. passa grande parte do tempo a solicitar ajuda na enfermaria, queixando-se de dores. As principais queixas de M. C. são as dores abdominais por causa dos intestinos e as dores nas articulações. Segundo esta, desde que foi operada, aos 70 anos de idade, “*de barriga aberta*” (referindo-se ao útero) começou a ter prisão de ventre, vindo a agravar-se ao longo do tempo. Diz já ter feito uma endoscopia e que verificaram “*intestino preguiçoso*”. Assim, passa bastante tempo na casa de banho, só defeca com o uso de medicação e nem sempre o faz, havendo, muitas vezes, cólicas que lhe provocam dores. Em relação a isso, os enfermeiros dizem que de facto a Sra. M. C. tem “prisão de ventre” mas abusa um pouco da medicação e que agora esta tem menos efeito.

Quanto às dores nas articulações, a Sra. M. C. tem histórico de quedas em que fraturou as pernas em três momentos diferente e que inclusive teve de pôr platina num dos joelhos. Inicialmente, esta queixava-se das dores nos joelhos e na coluna, dizendo que os médicos não lhe passavam o “P1” para fazer fisioterapia. No entanto, após alguns meses encaminharam-na para os serviços de fisioterapia no Centro de Medicina Física e Reabilitação, fazendo com que esta se queixe menos das dores relativas às articulações.

Quando abordada sobre o seu problema a Sra. M. C. diz: “*se tenho dores, tenho de se queixar...*” (sic.), diz também que aqui no lar ninguém cuida dela como gostaria. Algumas vezes, refere que se tivesse ficado em casa sozinha ia ao seu médico de família e ele pelo menos cuidava de si muito bem.

### **Estado Mental/ Observação:**

M. C., mostra-se disponível para acompanhamento psicológico “*o que eu preciso mesmo é falar...*” (sic.). Inicialmente, aparece em consulta de cadeira de rodas por apresentar algumas dores na coluna e nas pernas que a impediam de andar normalmente. Já nas consultas posteriores, passou a andar de canadianas que, ainda atualmente, lhe servem de apoio. Apesar de, muitas vezes, mostrar alguma irritabilidade nas queixas que faz das dores apresentadas e do tratamento de alguns dos profissionais de saúde, esta demonstra geralmente humor eutímico. Apresenta-se, de uma forma geral, bem cuidada e com indumentária adequada à época. O seu discurso verbal é fluente, embora em alturas que a sua voz apresenta maior rouquidão (característico desta), o seu discurso torna-se um pouco impercetível. Ao nível do pensamento, há uma certa perseveração relativamente a algumas histórias passadas na sua idade adulta. No entanto, isto não revela problemas de memória, pois, esta lembra-se de tudo o que foi contado, quando e como, além de mostrar orientação alopsíquica. A sua indumentária é adequada e a sua idade aparente é igual à idade real.

### **Breve descrição da História do Desenvolvimento Psicossocial e Institucional:**

Nascida numa família monoparental, e de nível socioeconómico baixo, M. C., viveu com a sua mãe e um irmão que tinha uma doença hereditária que afeta os homens da sua família – Distrofia Muscular.

A sua relação com a figura materna era boa, mas esta não era muito presente por questões de trabalho, pois, como refere, a sua mãe “*...saía de casa com estrelas e entrava em casa com estrelas*” (sic.), trabalhando para arranjar sustento da família. Enquanto isso M. C., ficava a cuidar do seu irmão. Assim, a sua infância foi marcada pelo cuidado que tinha com o seu irmão (mais velho) que estava a seu encargo. Mais tarde, quando o seu irmão faleceu com cerca de 19 anos de idade, devido à doença, esta passou a ajudar a mãe, trabalhando na “*lavoura*” e indo buscar “*lixo*” (lenha) ao monte! Deste modo, nunca pode estudar.

O seu pai era casado com outra mulher da qual tinha 5 filhos (4 raparigas e 1 rapaz) e apesar da figura paterna ser ausente, a sua mãe sempre fez questão que esta soubesse quem ele era, fazendo com que eles falassem quando necessário. Os seus irmãos da parte do pai tinham conhecimento da sua existência, mas apenas uma irmã a aceitava como tal. Esta sempre se deu bem com ela e ainda hoje a vem visitar ao lar.

Ainda na sua adolescência, perde a sua mãe com 15 anos de idade, ficando sozinha, apenas com o apoio das suas vizinhas. Conta que o seu pai ainda falou consigo para ir morar com ele e a sua família, mas como algumas das suas irmãs não a aceitavam, esta decidiu ficar a morar sozinha, indo pernoitar à casa da vizinha quando tinha mais receio de ficar sozinha em casa.

Uma vez sozinha, passa a trabalhar em vários locais, em momentos diferentes, tais como: distribuição do correio, criação de porcos em quintas, agricultura (nas vindimas, nas desfolhadas, a “*jornal*”), trabalhos domésticos e de limpezas, bem como, a tomar conta de crianças (mais tarde).

Por volta dos 25 anos de idade conhece o seu marido, casando com ele algum tempo depois, pois, além de gostar dele, tinham-lhe dito que era filho de boas pessoas, por isso, também seria boa pessoa. No entanto, ao longo do seu casamento contou com algumas dificuldades, uma vez que, o seu marido tinha problemas com o álcool e gastava, muitas vezes, o seu vencimento na tasca perto do local de trabalho, tendo, muitas vezes, de a Sra. M. C., ir buscar o dinheiro antes que este o gastasse em vinho. Também por causa deste problema com o álcool, o seu marido, tornava-se muitas vezes violento. Desta forma, refere que, muitas vezes, foi vítima de violência doméstica por parte deste, tendo pensado em sair de casa, no entanto, não o fez por causa dos filhos e também porque sem o álcool este não era tão violento.

Deste casamento tiveram 10 filhos, dos quais 3 foram abortos espontâneos, 2 rapazes tinham uma doença hereditária designada de distrofia muscular e 5 raparigas das quais uma é muda e outra faleceu com pneumonia aos 7 meses de idade.

Embora tenha-se dedicado muito a todos os seus filhos, destes, o mais próximo era o seu filho mais novo M. do qual fala muitas vezes e diz sentir a sua falta. Apesar de ter muitas perdas, a Sra. M. diz que, o seu último filho a falecer devido à distrofia muscular, M. foi a sua maior perda. Esta define-o como “*meigo, muito amigo e uma boa alma*” (sic.). Quando fala nele ainda hoje chora um pouco.

Refere muitas vezes ter passado dificuldades económicas na sua vida, inclusive chegou a precisar de alimentação, no entanto, sempre teve padres e freiras que a

ajudavam nas alturas que mais precisava. Diz que só beneficiava dessa ajuda quando necessitava “*nunca fui comedeira*” (sic.), quando não precisasse dessa ajuda mandava suspende-la, pois, poderia haver pessoas que precisassem mais que ela. Além disso, refere que apesar das suas dificuldades sempre acabou por pagar o que devia.

Com cerca de 50 anos de idade, o seu marido adoece devido a uma queda num poço e apercebendo-se da fase final da sua vida pede perdão por tudo o que lhe fez. Esta refere que, nunca se zangou ou sentiu raiva, inclusive que até gostava dele. Assim, após algum tempo fica viúva com 4 filhas e 1 filho com Distrofia Muscular para sustentar. Como as filhas já eram adolescentes e jovens também começaram a trabalhar e ajudá-la.

Mais tarde, já depois do seu marido e os seus filhos terem falecido, na sua idade adulta mais avançada e antes de vir para o lar, deu alguns passeios, pois, antes quer pela situação dos filhos dependentes dela quer pelo facto de o seu marido ser ciumento, não a tinha a possibilidade de fazer esses passeios.

Há cerca de um ano a Sra. M. C. vem para o lar, uma vez que, se encontrava sozinha em casa sem qualquer cuidador. Um amigo da filha que pertencia a SCMS aconselhou-a a ir para o centro de dia inicialmente e depois para um dos lares desta instituição.

A sua adaptação ao lar foi um pouco complicada e a relação com os profissionais do lar é um pouco conflituosa, pois, esta entende que os enfermeiros não cuidam dela como deveriam e entende que se estivesse em casa estaria à vontade e poderia ir ao seu médico de família que cuidaria melhor de si.

De momento, esta está com uma preocupação pois o dinheiro que tinha na sua conta está a terminar e as suas filhas têm de pagar a restante mensalidade a dividir pelas suas 4 filhas que estão vivas, mas apenas duas estão dispostas a fazê-lo. Quanto ao apoio familiar, apenas a filha que lhe sugeriu que viesse para o lar a visita, e agora, com menos frequência, por ter começado um relacionamento recentemente e ter mudado de casa.

### **Avaliação Psicológica/ Resultados**

Na avaliação psicológica da utente foi utilizada a Entrevista semiestruturada. E para corroborar os dados recolhidos foi utilizado, um teste de personalidade (Inventário de Sintomas – BSI).

Através da BSI, escala de sintomatologia psicológica, M. C. obteve um índice geral de sintomas de 0.00. O resultado mais elevado evidenciou na dimensão da Ideação

Paranóide com 1.6 valores, ligeiramente acima da média da população geral. Também a Somatização se encontra um pouco acima da média da população em geral, com 0.71 valores, mas encontra-se abaixo da média da perturbação emocional. Considerando ISP (índice de sintomatologia positiva) também não se denotaram evidências de instabilidade emocional na utente.

### **Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2002)**

- **Eixo I:** V61.81 Problema Relacional Sem Outra Especificação [Z63.9]
- **Eixo II:** Não há diagnóstico. Características de personalidade Paranóide [Z03.2]
- **Eixo III:** 560.9 Obstrução intestinal
- **Eixo IV:** Dificuldades nas normas do lar  
Problemas relacionais com os profissionais de saúde do lar
- **Eixo V:** 60 (No momento da avaliação)

### **Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados**

Foi estabelecida uma relação terapêutica com a Sra. M. C. baseada na confiança e na empatia. A relação terapêutica foi facilmente estabelecida, uma vez que, esta precisava muito ter alguém de confiança para falar dos seus problemas e que lhe desse alguma atenção e compreensão relativamente às suas dores.

Foi utilizado o modelo de Entrevista da Santa Casa da Misericórdia de Barcelos para recolha da história clínica da utente, permitindo também perceber as queixas desta.

Como forma a analisar algumas questões levantadas pelos enfermeiros, foi aplicado um teste de personalidade onde se verificou que a Sra. M. C. tem algumas características de personalidade paranóide. Deste modo, há algumas dificuldades na relação interpessoal com os enfermeiros, pois, esta quer ver alguma atenção perante as suas queixas físicas e como não tem a atenção que pensa ser suficiente, entende que os profissionais não a querem ajudar, havendo deste modo conflitos.

Como forma de trabalhar questões relacionadas a comunicação interpessoal com os profissionais do lar, foi utilizado o Treino de Competências Sociais, com o objetivo de melhorar as suas relações interpessoais com estes.

O Treino de Competências Sociais orienta-se para o desenvolvimento de novas competências alternativas ou modos de proceder mais adequados aos que a pessoa

utiliza reduzindo, deste modo, os comportamentos inadequados e diminuindo o mal-estar que estes comportamentos causavam (Coelho & Palha, 2006).

Além do Treino de Competências Sociais foi utilizada a Reestruturação Cognitiva tentando ajustar algumas percepções e interpretações distorcidas das experiências, que a Sra. M. C. apresentava, tais como: pensamentos disfuncionais, abstrações seletivas (por prestar atenção só a alguns aspetos, geralmente negativos) e inferências arbitrárias (por tirar conclusões precipitadas com base em indícios inadequados) (Fennell, 1997).

Ao longo das consultas, apesar de a Sra. M. C. se encontrar, algumas vezes, com prisão de ventre, esta começou a fazer fisioterapia fazendo com que as queixas físicas diminuíssem. Também ao nível da comunicação com os profissionais, esta parece ter melhorado um pouco, pois, pelo feedback, a forma como comunicava com estes passou a ser mais adequada. Além disso, a utente percebeu que queixar-se de tudo numa só consulta não resultava na solução de todas as suas queixas.



## **- Anexo V -**

### **3.2.5. Processo 5**

#### **Identificação:**

M., do sexo feminino, é viúva e estudou até ao 3º ano comercial. É natural de Braga e encontra-se num dos lares da SCMS há muitos anos (não tem ideia de há quantos anos está lá).

#### **Encaminhamento/ Tipo de pedido:**

M., é encaminhada para os serviços de psicologia por suspeita de uma doença Neuro-degenerativa, segundo os enfermeiros, provavelmente do tipo Alzheimer. Deste modo, foi pedida a Avaliação da Deterioração Cognitiva e Treino da Estimulação Cognitiva.

#### **Problema:**

A Sra. M. é uma utente com um estado confusional bastante acentuado o que dificultou a recolha da história biopsicossocial. Além de desorientada esta demonstra ideias delirantes do tipo invenções ao longo da entrevista.

Deste modo, os dados apurados foram dados que pude verificar ao longo das várias consultas, juntamente com informação fornecida pelo enfermeiro.

Segundo este, a Sra. M., provavelmente, terá uma doença neuro-degenerativa, do tipo Alzheimer, sendo uma pessoa onde o quadro demencial já se verifica bastante, e como já o aconteceu, existe o risco de fuga do lar pelos seus estados confusionais. Além disso, é uma utente que contrai muitas infeções respiratórias e urinárias e tem outros problemas de saúde como a diabetes e a anemia. Assim, refere que estes problemas acabam por influenciar no seu quadro demencial (como eu própria pude verificar após a Sra. M ter sido hospitalizada com uma infeção respiratória).

Apesar do seu estado confusional e de algumas ideias delirantes do tipo invenções, a Sra. M. tem vai-se apercebendo de algumas das suas falhas de memória dizendo *“Eu esqueço-me muito das coisas... quando me dizem para ir fazer algo, se não o fizer logo esqueço-me... sou muito esquecida...”* (sic.).

#### **Estado Mental/ Observação:**

A utente apresentou-se sempre desorientação temporal e espacial. Ao nível da orientação autopsíquica e apresenta uma certa desorientação confusional. Na recolha da sua história pessoal, M., demonstra, muitas vezes, ideias delirantes do tipo invenções, o

que dificultou a percepção da sua história verídica. O humor, em geral, é eutímico, no entanto, demonstra uma certa apatia. Apesar do seu comportamento ser adequado ao nível da execução de atividades motora, esta apresenta dificuldades. Também apresenta, muitas vezes, problemas motores relativamente à marcha, sendo que deve andar apoiada para não cair. Ao nível da memória, salienta-se ainda que, se verificaram problemas de evocação e recordação das instruções, parecendo ainda apresentar diminuição da atenção (hipoprosexia). Para além disso, a utente manteve o contacto ocular e com vestuário adequado à temperatura atmosférica. A idade aparente é igual à idade real.

### **Breve Descrição da História do Desenvolvimento Psicossocial e Institucional**

Segundo os dados apurados junto da Sra. M., esta nasceu numa família de nível socioeconómico médio e tem uma irmã.

Esta diz ter tido sempre boa relação interpessoal com todos os membros da sua família. Em relação à sua irmã diz que sempre se deram bem, mas que, às vezes, tinham conflitos, pois, a irmã gostava muito de implicar com o que esta fazia. Segundo esta, as figuras materna e paterna sempre foram muito bons consigo, em especial a sua mãe que era muito carinhosa.

Da sua infância recorda como sendo uma criança saudável e “traquina”. Relativamente à escola esta gostava muito de fazer contas de matemática e os ditados, no entanto, conta que quando errava a escrever os ditados, a professora batia-lhe com a cana. Ainda acerca da infância esta recorda que gostava muito de brincar “às casinhas”.

Quanto à sua formação académica esta frequentou até ao terceiro ano comercial, sendo que, as disciplinas que mais gostava eram Português e Desenho. Em relação à sua adolescência, esta diz que fazia muitas coisas e trabalhava em casa como doméstica a arrumar a casa e a ajudar a mãe a cozinhar. Posteriormente a esta fase e a terminar os estudos, a Sra. M. diz ter trabalhado numa loja de roupa.

Quanto a sua relação amorosa com alguém, casar e ter filhos este parece não ser um assunto consensual. Numa consulta mencionou ter casado, ter filhos e a morte de pelo menos um deles. Numa outra consulta esta contradiz dizendo que sempre viveu com os pais e a irmã.

Como forma de tentar perceber qual a versão correta da sua história quando questionei o enfermeiro, se este tinha conhecimento acerca disso, este referiu que a única informação que tem da Sra. M. é que as visitas que esta tem no lar são sobrinhos.

Quando abordada sobre a sua relação com os profissionais do lar esta diz que todos são muito seus amigos e que se dá bem com todos eles.

### **Avaliação Psicológica/ Resultados**

Para avaliação dos sintomas apresentados pela Sra. M. foi utilizada a escala da *Avaliação da doença de Alzheimer (ADAS)*, o *Mini Mental States (MME)* e *Escala de Depressão Geriátrica (EDG)*, para além da entrevista semiestruturada.

No MME, esta apresentou uma nota T de 18, o que, com o seu grau de escolaridade (3º ano de comercial) indica défice cognitivo com grau II.

Na EDG, M., apresentou depressão ligeira com uma nota T de 17.

E no que diz respeito à avaliação da doença de Alzheimer (ADAS), no momento da avaliação, a Sra. M. apresenta um grau de deterioração cognitiva de 37/70, manifestando um defeito moderadamente severo ao nível da recordação, bem como dificuldade muito ligeira em encontrar palavras no discurso espontâneo, e nenhuma alteração ao nível da linguagem oral, e da compreensão da linguagem oral.

### **Diagnóstico Multiaxial (DSM – IV – TR, 2002)**

- **Eixo I:** 294.10 Demência, Tipo Alzheimer, Sem Perturbação do Comportamento, com ideias delirantes
- **Eixo II:** V71.09 Sem Diagnóstico [Z03.2]
- **Eixo III:** 331.0 Doença de Alzheimer
- **Eixo IV:** Nenhum
- **Eixo V:** 40

### **Diagnóstico Diferencial**

Devido aos sintomas apresentados pela Sra. M. (diminuição da memória, alguns problemas com a linguagem e apraxia) e tendo em conta o DSM-IV (APA,2002), por exclusão de outras patologias de demência, esta apresenta **Demência do Tipo Alzheimer**. Assim, esta perturbação diferencia-se de:

Perturbação Mnésica, uma vez que, esta é caracterizada por défices graves de memória sem haver outras deficiências no funcionamento cognitivo (afasia, apraxia, agnosia ou perturbações da execução). Como a Sra. M. apresenta também perturbações

no funcionamento cognitivo relativamente à execução, preenche critérios para uma Demência do Tipo Alzheimer.

Demência Secundária a Múltiplas Etiologias, pois, a Demência do Tipo Alzheimer tem apenas uma etiologia, a Doença de Alzheimer e esta tem múltiplas etiologias.

Demência Vascular, pois, nesta estão presentes os sinais neurológicos focais como, por exemplo, o exagero dos reflexos tendinosos profundos e a evidência laboratorial da doença vascular que se pensa estar relacionada com a demência.

Demência Secundária a Outros Estados Físicos Gerais, uma vez que, esta requer evidência a partir da história clínica, dos exames físicos e de testes laboratoriais adequados de que um certo estado físico está relacionado com a Demência.

Demência Persistente Induzida por Substâncias, pois, esta resulta de efeitos persistentes de uma substância.

Demência Sem Outra Especificação, posto que, esta é diagnosticada quando não existe evidências suficientes para determinar se a demência é devida a um estado físico geral ou induzida por substâncias.

Perturbação Cognitiva Sem Outra Especificação, pois nesta, a pessoa apresenta sintomas de demência mas não todos.

Deficiência Mental, uma vez que, esta é caracterizada por um funcionamento intelectual abaixo do corrente, com deficiências no funcionamento adaptativo e com início antes dos 18 anos, enquanto o início da Demência normalmente é tardio.

Perturbação Depressiva Major, pois, na Demência há história pré-mórbida de declínio da função cognitiva, enquanto nesta, o indivíduo tem, muito provavelmente, um estado pré-mórbido relativamente normal e um declínio cognitivo abrupto associado com a depressão.

Declínio Cognitivo relacionado com a Idade, ou declínio normal decorrente do envelhecimento, uma vez que, deverá existir evidência demonstrável de défices de memória e de outros défices cognitivos superior ao que se poderia esperar no processo de envelhecimento normal e se os sintomas causarem deficiências no funcionamento social ou ocupacional.

## **Objetivos, Estratégias Terapêuticas e Principais Resultados**

Os principais objetivos, no caso desta utente, foram a avaliação psicológica dos seus sintomas cognitivos e comportamentais, bem como, a intervenção nestes sintomas.

Inicialmente, e após a relação terapêutica estabelecida, foi recolhida a história clínica da utente através da entrevista da SCM de Barcelos. Para avaliar os sintomas cognitivos e comportamentais apresentados pela utente também foram aplicados o MMSE, a ADAS, a EDG e também algumas questões aos enfermeiros do lar.

A utente apresentava problemas de memória, com alguns défices cognitivos acentuados e desorientação alopsíquica e auto-psíquica, de maneira que, foi utilizado o Treino de Estimulação Cognitiva como intervenção ao problema apresentado.

Para aplicação do Treino de Estimulação Cognitiva, foram utilizados exercícios dos livros: o volume 1 e 2 do “*Doença de Alzheimer: Exercícios de estimulação*” (Nunes & Pais, 2006), *Traller de memoria. Publicaciones de psicología aplicada* (Maroto, 2002), *Caudernos de Repaso: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada* (Tárraga & Boada, 2003), *Volver a Empezar: Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer* (Tárraga & Boada, 1999), entre outros exercícios pesquisados na internet. Também para estimular a leitura recorreram-se a alguns livros da biblioteca do lar onde esta se encontrava.

Apesar dos défices se notarem mais ao nível da memória e nas funções executivas, além da aplicação de exercícios de estimulação da memória e das funções executivas, foram utilizados também exercícios de estimulação da linguagem, da atenção, das gnosis e das praxias para manter estas funções conservadas da melhor forma.

A demência do tipo Alzheimer é progressiva e as expectativas de melhoras são limitadas, no entanto, a base das intervenções cognitivas é a de atrasar o processo degenerativo e promover melhoras ao nível da plasticidade cerebral. Assim, através do Treino de Estimulação Cognitiva pode ajudar a organizar a dinâmica cognitiva da utente, de modo a, proporcionar-lhe maior bem-estar e qualidade de vida (Corrêa & Silva, 2009).

Ao longo das sessões Sra. M. estava motivada a colaborar e executar os exercícios e após algumas sessões de Treino Cognitivo notavam-se algumas melhoras ao nível da orientação de tempo e espaço, bem como de algumas funções da memória.

No entanto, alguns meses após termos começado a intervenção psicológica, esta teve de ficar internada uns dias no hospital com uma infeção urinária, situação que a afetou bastante a nível cognitivo e comportamental, demonstrando assim maior número de quedas, alguma dificuldade do controlo dos esfíncteres, maior dificuldade de atenção e concentração, um maior declínio nas funções executivas, tendo maior dificuldade em escrever, desenhar ou até mesmo executar gestos simples.

Apesar desta demonstrar agravamento nestas funções continuou-se o treino cognitivo das várias funções.

Na avaliação final, e como já tinham passado 6 meses após o início da intervenção foi aplicado novamente o MMSE de modo a perceber as alterações ocorridas na memória, o que demonstrou um agravamento do défice cognitivo. Como foi referido anteriormente infeção urinária parece ter precipitado este agravamento.

## **- Anexo VI -**



# **Programa de treino de habilidades sociais**

*“Ora faço Eu, Ora faz Tu”*

## **1ª Sessão (Apresentação)**

### **Objetivos:**

- Apresentação de cada um dos participantes e terapeuta;
- Exposição do conteúdo aos participantes e importância do mesmo;
- Dar conhecimento dos objetivos do treino de habilidades sociais;
- Avaliação das expectativas dos participantes inerentes ao programa;
- Acordo do local, dia e horário das sessões;

### **Procedimentos:**

- Informar todos os participantes sobre a importância das habilidades sociais explicando desta forma o que significam, qual a sua utilidade e como as mesmas interferem na interação com os outros no dia-a-dia;

### **Estratégias:**

- Dinâmica de grupo para apresentação;

## **2ª Sessão (Espreita-me)**

### **Objetivos:**

- Reconhecer os sinais sociais;
- Perceber e entender o impacto dos sinais sociais na interação com os outros;
- Aplicar as habilidades abordadas na observação.

### **Procedimentos:**

- Realização *role-play* por parte do terapeuta e coterapeuta para que os participantes consigam identificar os sinais sociais anteriormente abordados;
  - Através da observação e identificação dos sinais sociais, ver o impacto destes no seu dia-a-dia;
  - Pedir aos participantes que se formem em grupos de dois para praticarem através do *role-play*.

**Estratégias:**

- *Role-play* entre terapeutas e posteriormente entre participantes.

**3ª Sessão (Mímica)****Objetivos:**

- Desenvolvimento de competências relativamente à comunicação não-verbal;
- Compreensão da importância da postura e gesticulação.

**Procedimentos:**

- Abordar a expressão das emoções e aprender a identificar os sinais não-verbais;
- Treinar a postura corporal correta a adotar;
- Treino da gesticulação;
- Reflexão sobre a importância dos mesmos.

**Estratégias:**

- *Role-play* entre participantes (inerente à postura e gesticulação).

**4ª Sessão (Mímica cont.)**

- **Objetivos:**

- Continuação do reconhecimento de competências não-verbais;
- Aquisição de conhecimento da importância da compreensão do saber usar adequadamente as competências sociais na relação com os outros;
- Reconhecimento dos diferentes tipos de expressão facial, a importância do contacto ocular e do sorriso.

- **Procedimentos:**

- Demonstrar a importância da transmissão de sentimentos através da expressão facial;
- Mostrar a importância do contacto ocular e do que ele transmite;
- Evidenciar a importância do sorriso na interação com o outro.

**Estratégias:**

- Imagens (Cubo das Emoções)
- *Role-play*

### **5ª Sessão (Eu ouço e aceito)**

#### **Objetivo:**

- Aquisição de competências de escuta ativa;
- Consciencializar para a sua importância na comunicação;
- Promover compreensão e aceitação do outro.

#### **Procedimentos:**

- Perceber a diferença entre ouvir e escutar;
- Estimular uma observação ativa daquilo que se ouve de forma a fomentar a escuta ativa;
- Desenvolver uma atitude positiva nos participantes permitindo que estes consigam pôr-se no lugar do outro e consigam perceber o que o outro está a dizer e a sentir.

#### **Estratégias:**

- *Role-play*
- Dinâmica de escuta ativa

### **6ª Sessão (Uma conversa)**

#### **Objetivos:**

- Promover o início de uma conversa de acordo com a pessoa e ambiente;
- Desenvolver competências para que seja possível manter uma conversa de forma amigável e positiva;
- Consciencializar a pessoa para uma conversa de interesse para ambas as partes;
- Estimular o término de uma conversa de forma agradável e a despedir-se do outro de forma assertiva.

#### **Procedimentos:**

- Demonstrar que através de uma interação inicial positiva, o outro ficará mais recetivo e disponível para uma conversa agradável;

- Consciencializar das fases da conversa desde o início até ao término;
- Mostrar que assuntos serão mais adequados a cada situação (formal ou informal);
- Demonstrar à pessoa quais são as melhores formas de terminar a conversa;
- Apresentar situações fictícias de conversação.

**Estratégias:**

- *Role-play*

**7ª Sessão (A assertividade)**

**Objetivos:**

- Compreensão dos diferentes estilos comportamentais;
- Desenvolvimento de comportamentos assertivos;
- Aprender a dar e receber elogios;

**Procedimentos:**

- Identificação dos diferentes estilos comportamentais (passivo, agressivo, manipulador e assertivo);
- Abordagem do cumprimento e da sua importância;
- Proporcionar a troca de elogios.

**Estratégias:**

- Role-Play
- Dinâmica

**8ª Sessão (A minha opinião)**

**Objetivos:**

- Aprender a defender a sua opinião;
- Saber como exprimir desacordo afirmativamente;
- Saber como lidar com a injustiça.

**Procedimentos:**

- Propiciar troca de opiniões;

- Permitir aos participantes a oportunidade de marcar uma posição e afirmação sobre os assuntos abordados;
- Possibilitar que estes possam defender os seus direitos face a uma situação de injustiça.

**Estratégias:**

- Mesa redonda (simulação de um debate)

**9ª Sessão (Expressão de emoções negativas)**

**Objetivos:**

- Ensinar como lidar com a recusa de forma afirmativa
- Expressar aborrecimento e desagrado de forma assertiva

**Procedimentos:**

- Clarificar a situação de recusa
- Demonstração de situações referentes ao aborrecimento e desagrado e clarificação da forma mais assertiva de o evidenciar.

**Estratégias:**

- *Role-play*
- Ficha das emoções

**10ª Sessão (Término do treino de competências sociais e avaliação)**

**Objetivos:**

- Avaliar a situação atual das competências aprendidas

**Procedimentos:**

- *Feed-back* dos conceitos aprendidos nas sessões anteriores;

**Estratégias:**

- Conversa sobre os exercícios e a matéria que gostaram mais e menos, o que gostavam de ter abordado e não abordamos e o que acharam menos importante.

## **- Anexo VII -**



## COMUNICAÇÃO

- Comunicar significa partilhar, isto é, trocar com alguém um certo conteúdo de informações;



Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

12

## A COMUNICAÇÃO NA RELAÇÃO INTERPESSOAL

- O nosso comportamento e a nossa postura também falam...



- O que se diz e o modo como se diz, o que se faz e o modo como se faz, são **fatores desencadeantes de reações ou comportamentos nos outros** e que irão definir a eficácia da comunicação e a esperança de vida dessas relações.

Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

13

## BARREIRAS À COMUNICAÇÃO

- Ideias Pré-concebidas
- Recusa de opiniões
- Significados Personalizados
- Motivação e Interesses
- Credibilidade da Fonte
- Pouca habilidade de quem emite a informação
- Clima psicossocial
- Complexidade do meio

Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

14

## ESTILOS DE COMUNICAÇÃO

- Passivo
- Agressivo
- Manipulador
- Assertivo ou afirmativo

Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

15

## PASSIVO



Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

16

## PASSIVO

- O passivo procura a *distância para se pôr a salvo...*
- A maioria das pessoas que adota atitudes de *fuga* justificando-se e invocando pretextos.
- E estes pretextos não são mais do que uma forma de não se afirmar perante o outro;

## PASSIVO

- Ciclos viciosos de auto-reforço
1. Uma falsa representação da realidade envolvente;
  2. Uma desvalorização excessiva da situação ;
  3. Uma necessidade de ser apreciado .

## PASSIVO

- CASOS TÍPICOS
1. o "apressado"
  2. a "pessoa que bloqueia"
  3. a "pessoa que adia tudo",
  4. a "pessoa que assume a postura de observador"
  5. o "ideólogo"
  6. o "amável"
  7. o "concordante"
  8. o "lamuriendo"

## Por que razão agimos passivamente?

- Nunca aprendemos uma forma diferente de interagir ;
- Acreditamos que não o devemos fazer ou temos receio de o fazer;
- Desconhecemos ou não acreditarmos nos nossos direitos.
- Podemos considerar a passividade como uma forma de bondade, uma maneira de prestarmos ajuda aos outros.

## AGRESSIVO



## AGRESSIVO

- Expressão de sentimentos, pensamentos e convicções de um modo que viola os direitos dos outros;
- Comportamentos de ataque e defesa contra as pessoas e os acontecimentos;
- Sente-se Implacável, intocável e superior;
- Valoriza seus sentimentos e direitos em detrimentos dos outros;



## AGRESSIVO

- As suas reações são extremas e a sua maneira de chegar aos seus fins é o afrontamento, a agressão direta, a cólera e a humilhação.
- São pessoas de uma intransigência excessiva e de uma rigidez desarmante.
- O ataque é uma atitude de agressividade perante as pessoas e os acontecimentos: em vez da afirmação tranquila mas firme.

## AGRESSIVO

- Na origem destes comportamentos (3 causas):
  1. Um elevado grau de frustração no passado;
  2. Um medo latente do outro;
  3. O desejo de vingança;

## AGRESSIVO

### • CASOS TÍPICOS

1. o "autocrata"
2. o "rebelde"
3. o "espírito de contradição"
4. a "pessoa que quer endireitar o mundo"
5. a "pessoa vingativa"
6. a "pessoa que desvaloriza tudo e todos"
7. o "pretensioso"
8. o "susceptível"

## Por que razão agimos agressivamente?

– A médio prazo as consequências negativas parecem inevitáveis.

– Achamo-nos fracos e vulneráveis, à mercê dos outros.

## MANIPULADOR



## MANIPULADOR

- Satisfação das suas necessidades de forma muito indireta e mal dirigida;
- Dar a entender que satisfazemos os direitos e necessidades dos outros, mas apenas o faz para satisfazer os próprios,
- Não receia ter discursos diferentes dos interlocutores; gosta de falar baixo, enviesadamente e não acredita na informação direta.
- Não anuncia objetivos ou, pelo menos, não é claro quanto aos mesmos.

## MANIPULADOR

- Não se implica ou envolve nas relações interpessoais;
- Recorrem a várias estratégias para manipular comportamentos (culpabilizar e chantagear) os sentimentos dos outros;
- ✓ Dissimulados e criativos
- ✓ Facilmente criam conflito
- ✓ Sobrevalorizam seus sentimentos e deveres

## MANIPULADOR

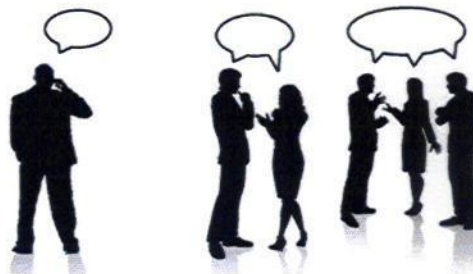
### CASOS TÍPICOS

1. a "pessoa que seduz e lisonjeia"
2. a "pessoa que desvaloriza o outro quando este é inseguro ou fraco"
3. a "pessoa que exagera e caricatura"
4. a "pessoa que simula"
5. o "conspirador"
6. a "pessoa que faz combinações secretas"
7. a "pessoa que intercede"
8. a "pessoa que culpabiliza, fingindo ser o salvador"
9. a "pessoa que finge ser franca"
10. o "encobridor"

## Por que razão agimos de forma manipulativa?

- Ao fazê-lo suscitamos sentimentos de compaixão, culpa ou pena, nos outros sem que estes se dêem conta;
- Não utilizam estratégias diretas ou não têm coragem para serem honestos;
- Evitam fazer pedidos assertivos para não terem que enfrentar a rejeição ou o conflito.

## ASSERTIVO / AFIRMATIVO



## ASSERTIVO / AFIRMATIVO

### SER EU PRÓPRIO EM GRUPO

- Perceber e aceitar os direitos de cada um;
- Expressar os seus próprios gostos, sentimentos e opiniões;
- Ser responsável pelo seu próprio comportamento;
- Expressar as próprias fraquezas ou limites;
- Expressar as próprias preferências em grupo;

## ASSERTIVO / AFIRMATIVO

- Expressão dos seus sentimentos, pensamentos e necessidades de forma aberta, direta, honesta e adequada;
- Defesa dos direitos pessoais sem a violação dos direitos dos outros.
- Descrever os seus sentimentos face às reações dos outros, em vez de os culpabilizar;
- Facultar a expressão dos sentimentos dos outros e não os bloquear;
- Abster-se de julgar e fazer juízos de valor acerca dos outros.

## ASSERTIVO / AFIRMATIVO

- Ser verdadeiro não consiste em "dizer tudo o que me vem à cabeça";
- A assertividade é um comportamento que pode ser aprendido e treinado de forma gradual e regular;
- Consiste em exprimir claramente e sem equívocos as suas necessidades, os seus pensamentos e emoções;
- Como diz o que pensa e de uma forma a que os outros não reajam mal a sua atitude, têm geralmente muito boa auto-estima.

## ASSERTIVO / AFIRMATIVO

- Ao sermos assertivos encaramos os nossos desejos, necessidades e direitos como iguais aos dos outros.
- Uma pessoa assertiva ganha influenciando, ouvindo e negociando de tal forma que os outros escolhem cooperar de livre vontade;
- Não se trata de ganhar ou perder, mas sim de considerar os interesses de ambas as partes envolvidas na relação, "negociando" compromissos que, idealmente, resultem no benefício e bem-estar de todos envolvidos;

## TORNAR-ME ASSERTIVO

- Lutar contra medos e inquietações;
- Aprender a defender os nossos pontos de vista;
- Ser capazes de exprimir o desacordo face a um superior;
- Controlar a nossa imagem e reconhecer que os outros têm talentos, ideias e sentimentos diferentes dos nossos.

## Consequências da atitude assertiva:

- Proporciona maior proximidade entre as pessoas e maior respeito e satisfação na comunicação com os outros:
- ✓ Aumenta o respeito por nós próprios;
- ✓ Reduz a noção de insegurança e vulnerabilidade;
- ✓ Aumenta a autoconfiança no relacionamento com os outros;
- ✓ Diminui a necessidade de aprovação para aquilo que fazemos.

## Técnicas que podem ser utilizadas face a obstáculos que possam surgir:

- **"Risco roto"**: repetir o seu ponto de vista com tranquilidade, sem se deixar influenciar por aspectos irrelevantes;
- **"Acordo assertivo"**: responder a críticas admitindo que cometeu um erro;
- **"Pergunta assertiva"**: aproveitar a crítica para obter informação que poderá utilizar na sua argumentação;
- **"Processar a mudança"**: sair do centro da discussão em análise que ocorre entre si e o seu interlocutor;

## Técnicas que podem ser utilizadas face a obstáculos que possam surgir:

- **"Ignorar"**: ignore a razão pela qual o seu interlocutor parece estar aborrecido e recomece a discussão quando ele estiver mais calmo;
- **"Quebra do processo"**: responda à crítica que tenta provocá-lo com uma só palavra;
- **"Ironia assertiva"**: responda positivamente à crítica hostil;
- **"Recomeço assertivo"**: contenha a resposta à afirmação que tenta desafiá-lo até que se sinta tranquilo e capaz de responder apropriadamente.



Obrigada pela vossa atenção...

Serviço de Psicologia Clínica

Mónica Lage e Sílvia Oliveira  
Estagiárias de Psicologia



Santa Casa da Misericórdia de Beja

80

DINAMICA DAS LARANJAS UGLI



## **AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO “É IMPOSSIVEL NÃO COMUNICAR”**

“Realizou-se nos dias 5, 7 e 13 de setembro a Ação de Sensibilização “É impossível não comunicar” pela psicóloga clínica da SCMB, Sofia Miranda, e duas estagiárias do mestrado em psicologia clínica e da saúde da Universidade Católica, Mónica Lage e Sílvia Oliveira.

Esta ação foi dirigida a todos os colaboradores da Instituição e teve como objetivo esclarecer os participantes sobre a importância da comunicação interpessoal, dado que é um dos processos centrais do funcionamento de uma Instituição. Dentro deste tema, pretendeu-se alertar para a importância de uma comunicação assertiva entre todos, apresentando algumas estratégias para uma gestão adequada de conflitos que surgem, inevitavelmente, em contexto laboral.

As sessões foram marcadas pelo sucesso com a participação ativa dos colaboradores e com o desejo de realização de mais iniciativas semelhantes e a aspiração da adesão de todo o grupo profissional.”



(Notícia do Boletim Quadrimestral da SCMS “Encontro de Gerações”, 25 de Setembro)

## **- Anexo VIII -**



## **Ficha de Avaliação**

### **Ação de Sensibilização: “É Impossível Não Comunicar”**

Prezado participante, assim como a sua presença é muito importante para a realização desta ação de Sensibilização, a sua opinião é essencial para a avaliação do mesmo. Por isso, solicitamos o preenchimento desta ficha e a sua devolução. Serão realizadas algumas questões que deverão ser preenchidas somente com uma cruz, dando a resposta que achar mais adequada.

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>Os conteúdos / temáticas abordadas foram adequados</b>		
<b>Esta Ação de Sensibilização será útil para o seu desempenho profissional e pessoal</b>		
<b>A duração da Ação de Sensibilização foi apropriada</b>		
<b>Globalmente a Ação de Sensibilização foi satisfatória</b>		

**Refira a sua opinião sobre o desempenho da (s) Formador (as):**

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>Transmitiram com clareza os assuntos abordados</b>		
<b>Conseguiram criar um ambiente propício à participação</b>		
<b>Dominaram o assunto que expuseram</b>		
<b>Os métodos utilizados foram os mais adequados</b>		
<b>O material disponibilizado (documentação) foi apropriado</b>		

**Aspetos a melhorar**

---

---

---

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO**

**- Anexo IX -**





Santa Casa da  
Misericórdia de  
Barcelos



Universidade  
Católica  
Portuguesa de  
Braga

# *Certificado de Participação*

*Para os devidos efeitos declara-se que:*

---

*participou na ação de sensibilização:*

*“É impossível não comunicar”, que se realizou no dia  
\_\_\_\_\_ de Setembro de 2012.*

---

*Dra. Ana Rosa Miranda*

*(Coordenadora Geral da SCM Barcelos)*

---

*Mónica Lage*

*(Estagiária de Psicologia Clínica/ Palestrante)*

---

*Dra. Sofia Miranda*

*(Psicóloga da SCM Barcelos / Palestrante)*

---

*Sílvia Oliveira*

*(Estagiária de Psicologia Clínica/ Palestrante)*

**- Anexo X -**

## Como ajudar?

- Privilegiar as rotinas;
- Evitar que a pessoa saia de casa sozinha ou sem identificação;
- Adotar uma atitude positiva (sorrisos, olhares e gestos de carinho);
- Procurar falar com a pessoa num ambiente sem ruídos, com frases curtas e simples e de forma lenta e clara. Se necessário repetir várias vezes a mensagem;
- Não criticar, evitando demasiadas correções e chamadas de atenção; Dar os parabéns sempre que faz algo bem;
- Encorajar a pessoa a fazer as coisas sozinho, ajudando-o só quando necessário; Explicar e demonstrar passo a passo a execução das tarefas; Perante uma situação de crise (recusa de uma atividade) não insistir com a pessoa;
- Estimular a participação em atividades que proporcionem prazer e bem-estar;
- Reduzir as fontes de medo (espelho, quadro, muita gente, sombras, salas mal iluminadas);
- Nunca infantilizar a pessoa com Alzheimer (por exemplo, evitar pôr a pessoa a realizar atividades para crianças, evitar usar linguagem infantil, etc.)
- Quando existe dificuldade em comer, cortar os alimentos, deixar comer com as mãos e usar guardanapos grandes;
- Perante situações agressivas manter a calma e transmitir tranquilidade e segurança;
- Procurar sinais de depressão: *“Estou acabado...não quero saber...”*, choro, falta de auto-estima, sentimentos de culpa, pensamentos recorrentes de morte, isolamento. Se necessário, consultar o médico.

*“Toda a gente se queixa da memória mas ninguém se queixa da sua falta de senso”*

(La Rochefoucauld  
François)



## Santa Casa da Misericórdia de Barcelos

**Bibliografia:** Nunes, B. & Pais, J. (2006). *Doença de Alzheimer: Exercícios de estimulação*. LIDEL: Lisboa—Porto.

# O Alzheimer e nós



Devido ao aumento da esperança média de vida da população, o impacto da Demência na sociedade tem crescido de forma efetiva. Deste modo, torna-se fundamental sensibilizar todos nós, **familiares, cuidadores e comunidade**.

**Barcelos, 2012**

## O que é a Demência?

A Demência é uma diminuição das funções cognitivas (memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem, juízo crítico, humor e personalidade). Estas perturbações afectam a vida diária da pessoa, vida social, familiar e trabalho.

Existem vários tipos de Demência (Vascular, Mista, Fronto-temporal, Parkinson, Corpos de Lewy...) sendo que a mais comum é a de Alzheimer.

A evolução da Demência de Alzheimer é **progressiva e lenta** (como está demonstrado resumidamente no quadro seguinte) e varia de doente para doente.

Normal	Normal
Muito ligeiro	Sem dificuldades cognitivas aparentes
Ligeiro	Esquecimentos
Moderado	Problemas detetados por familiares e amigos
Moderado grave	Incapacidade nos cuidados pessoais; agitação; necessidade de um cuidador
Grave	Incapacidade de cuidar de si próprio; incontinente; deprimido; cuidador a tempo inteiro e institucionalização
Muito Grave	Perda da fala, perda da locomoção e perda da consciência.

## Diferença entre a Demência e o envelhecimento normal

Na Demência, as dificuldades acontecem mais rapidamente e interferem com o funcionamento normal da pessoa. No envelhecimento normal podem surgir pequenas dificuldades como, por exemplo, recordar nomes ou recados.

## Principais alterações cognitivas

**Desorientação** - muitas vezes a pessoa não sabe onde está ou que dia é;

**Comunicação** - a pessoa tem dificuldade em comunicar com os outros e em compreender a linguagem falada ou escrita;

**Memória** - a pessoa começa por esquecer os acontecimentos mais recentes, ao passo que os acontecimentos antigos tendem a perder-se mais tardiamente.

## Principais alterações do comportamento

**Agressividade** - podem surgir comportamentos agressivos em relação ao cuidador sem motivos aparentes. Pode ser causada mais pela doença do que pela própria pessoa.

**Reações exageradas e cólera** - podem surgir comportamentos, tais como, gritar, chorar, recusa em mexer-se, atirar coisas para o chão...

**Agitação e nervosismo** - a pessoa pode andar de lado para lado, mexe em tudo...

**Apatia**

**Ansiedade e medo**

**Perguntas repetitivas** - somente porque se esqueceu do que perguntou.

**Comportamento sexualmente inapropriado**

**Alucinações e delírios** – a pessoa com Alzheimer pode ser incapaz de se reconhecer ao espelho, queixar-se de que uma sobremesa está salgada, de que a televisão quase sem som está muito alta, de que está muito frio num dia de sol quente....porque os danos cerebrais, fazem com que confunda e interprete incorrectamente o que ouve, sente ou saboreia.

**Insónias e deambulação noturna e diurna**

**Esconder e perder coisas**

**Dificuldade em comer** - por perda de interesse na comida ou por dificuldades em engolir.

**Mudanças bruscas de humor** – tristeza ou alegria extremas

## Os doentes apercebem-se que estão a desenvolver a Demência?

No início da doença algumas pessoas podem aperceber-se, mas rapidamente esta capacidade é perdida com a evolução da mesma

## O meu pai (mãe) tem doença de Alzheimer também vou ter?

Apesar de existir um componente genético na doença, a maioria dos casos ocorre de modo esporádico e não familiar.

## Tratamento

Ainda não existe cura embora existam várias formas de tratamento que podem atrasar a progressão da doença: tratamento farmacológico, psicológico, ocupacional, psicossocial, nutrição, entre outros. Atualmente, existem inúmeras e consistentes investigações que objetivam encontrar tratamentos cada vez mais completos.

## Cuidadores e Familiares

Os cuidadores e familiares, por lidarem com todas estas alterações cognitivas e comportamentais, desenvolvidas pela pessoa com Alzheimer, poderão apresentar, eles mesmos, um conjunto de problemas: cansaço, culpa, tristeza, impotência em relação ao problema, revolta, fadiga, frustração. Assim, perante este quadro também os cuidadores e familiares poderão beneficiar de tratamento, sendo importante consultar o seu médico.

## **- Anexo XI -**

Data da aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do entrevistador(es): \_\_\_\_\_

Este inquérito por questionário insere-se no projeto «CONHECER E APOIAR – Seniores de Barcelos», da responsabilidade da Junta de Freguesia de Barcelos e da Santa Casa da Misericórdia que tem como objetivo melhorar o conhecimento da situação em que vivem os idosos da cidade de Barcelos e estruturar um plano de apoio nas situações que o exijam. Garante-se a confidencialidade e agradece-se a colaboração.

### Informação Pessoal

**1) Dados Pessoais:**

- Nome: \_\_\_\_\_
- Morada: \_\_\_\_\_
- Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_
- Estado civil: \_\_\_\_\_
- Agregado Familiar: \_\_\_\_\_
- Telefone/Telemóvel: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_
- E-mail: \_\_\_\_\_

**2) Quantos filhos tem?**

- Nenhum..... ☐
- 1..... ☐
- 2..... ☐
- Entre 3 a 5..... ☐
- Mais de 5..... ☐

**3) Quais são as suas habilitações literárias?**

- Não sabe ler nem escrever..... ☐
- Inferior à 4ª classe..... ☐
- 4ª classe..... ☐
- 6º ano..... ☐
- 9º ano (ou 5º ano antigo)..... ☐
- 12º ano (ou 7º ano antigo)..... ☐
- Bacharelato ou licenciatura..... ☐
- Pós-graduação, mestrado ou doutoramento..... ☐

**4) Já alguma vez fez voluntariado?**

- Sim..... ☐



**Avaliação da Interação Social**

10) Costuma passar muito tempo sozinho (aproximadamente quantas horas)?

11) Quando necessita de tomar uma decisão importante ou de resolver um problema, a qual das seguintes pessoas recorre preferencialmente e com que frequência? (Coloque por ordem de preferência).

		Nunca	Raras vezes	Frequente-mente	Diariamente
	Marido/Esposa				
	Filhos				
	Outros familiares				
	Amigos				
	Vizinhos				

12) Qual a periodicidade com que realiza as seguintes atividades?

	Nunca	Anual	Bianual	Mensal	Semanal	Diário
Ir ao cinema/teatro.						
Ir a museus/exposições/feiras.						
Ir ao café, bares, restaurantes.						
Praticar atividades desportivas.						
Realizar atividades religiosas.						
Passear pela cidade.						
Realizar trabalhos manuais.						

13) Com que frequência recebe a visita de:

	N/ se aplica	Nunca	Raras vezes	Frequente-mente	Diariamente
Filhos					

- Não..... ☐

**5) Qual a sua situação atual face ao emprego?**

- Empregado..... ☐
- Desempregado..... ☐
- Aposentado..... ☐

**6) Indique a sua atual/última profissão.**

\_\_\_\_\_

**Avaliação Capacidade Funcional**

**7) Sofre de alguma doença prolongada, crónica ou de outra espécie?**

- Sim..... ☐ Qual? \_\_\_\_\_
- Não..... ☐
- Não sabe/não responde..... ☐

**8) Qual o grau de autonomia nas seguintes atividades?**

	Realiza autonomamente	Precisa de Ajuda	Não Realiza
Levantar-se da cama			
Alimentar-se			
Vestir-se			
Utilizar o WC			
Tomar banho			
Caminhar			
Preparar uma refeição			
Tomar medicação			
Utilizar o telefone/telemóvel			

**9) Tem alguma dificuldade em termos de:**

- Visão ..... ☐
- Audição ..... ☐
- Outra: \_\_\_\_\_



Outros familiares					
Amigos					
Vizinhos					

**14) Se tivesse oportunidade de receber a visita de voluntários, o que gostaria de fazer?**

- Conversar.....☐
- Receber apoio em alguma tarefa no domicílio .....☐
- Para lhe fazer algum recado .....☐
- Para o acompanhar em saídas (médico, igreja, passeio...).....☐
- Outros apoios. Quais? \_\_\_\_\_

**15) O que gostaria de ver alterado no seu dia-a-dia?**

---



---



---



---

**16) Gostaria de acrescentar alguma coisa que considere importante?**

---



---



---



---

**Observações do Entrevistador**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Termina aqui o questionário. Muito obrigado pela colaboração!**

**- Anexo XII -**

## Planificação e tarefas das sessões apresentadas ao grupo

### *“O Cantinho da Misericórdia”*

“O Cantinho da Misericórdia” foi um projeto realizado no âmbito do serviço de psicologia clínica (estagiárias do serviço sob orientação da psicóloga clínica), em colaboração com a equipa do Lar Santo André (diretora técnica). Teve como objetivo principal a promoção de atividades complementares às sessões do treino de competências sociais realizadas em grupo com utentes do Lar Santo André e Nossa Senhora da Misericórdia.

As atividades deste projeto foram divididas em duas partes: atividades mais “teóricas” ou de conhecimento interior do lar e atividades no exterior deste com a prática de cultivo. O local onde estas foram realizadas foi na sala de reuniões do Lar Santo André (atividades no interior do lar em dias mais chuvosos) e no jardim deste mesmo lar (atividades no exterior nos dias com boas condições meteorológicas).

O material utilizado foi, caixas de esferovite, vasos pequenos individuais, terra, sementes, plantas, alfaces, material de escavação, água e aventais e luvas (para que os utentes não sujem as roupas).

<i>Sessões e Tema</i>	<i>Principais Objetivos e Tarefas</i>
<b>Sessão nº1</b> <b>(Apresentação)</b>	Apresentação dos objetivos da atividade e elucidação da temática;
<b>Sessão nº2</b> <b>(Preparação Inicial)</b>	Oração pela Professora: “ <i>Afinal, o que é tratar de uma planta?</i> ”
<b>Sessão nº3</b> <b>(Preparação Inicial)</b>	Estações do ano; Árvores; Flores; Frutos
<b>Sessão nº4</b> <b>(Preparação Inicial)</b>	O ambiente e como cuidar dele; A Roda dos alimentos
<b>Sessão nº5</b> <b>(Preparação Inicial)</b>	Os instrumentos utilizados no cuidado das plantas

<b>Sessão nº6</b> <b>(Atividade Exterior)</b>	Visita ao espaço “ <i>O Cantinho dos Sabores e Aromas</i> ”; Explicação do que é feito nesse espaço e identificação das respetivas plantas.
<b>Sessão nº7</b> <b>(Atividade Exterior)</b>	Preparação do espaço Este d’ “ <i>O Cantinho da Misericórdia</i> ”
<b>Sessão nº8</b> <b>(Atividade Exterior)</b>	Plantação das alfaces e respetivo tratamento
<b>Sessão nº9</b> <b>(Atividade Exterior)</b>	Preparação do espaço Oeste d’ “ <i>O Cantinho da Misericórdia</i> ”
<b>Sessão nº10</b> <b>(Atividade Exterior)</b>	Plantação das flores e respetivo tratamento
<b>Sessão nº11</b> <b>(Atividade Exterior)</b>	“ <i>Os Cuidados na Jardinagem</i> ”
<b>Sessão nº12</b> <b>(Finalização)</b>	Transladação e cuidado da planta (individual)
<b>Sessão nº13</b> <b>(Finalização)</b>	Convívio final com demonstração de vídeo e fotos tiradas nas atividades.

